

O Cancro é a questão palpitante do momento actual, aquele que por toda a parte do mundo civilizado chama a atenção de todas as inteligências e se tornou em mina de todas as actividades no campo da Medicina.

Miguel Bombarda

AGRADECIMENTOS

À *Prof. Doutora Maria Lourdes Varandas*, agradeço a sua orientação exímia, o apoio incondicional, a disponibilidade, a essência do conhecimento, a amizade e ainda a sua calma e serenidade contribuíram para que estes árduos meses de trabalho decorressem da melhor forma possível, conduzindo à concretização deste sonho.

À *Equipa multiprofissional da Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro e Centro de Apoio Social de Lisboa* deixo a minha gratidão pelo acolhimento, disponibilidade e apoio que manifestaram ao longo do estágio, tendo sido indispensáveis à realização deste projeto.

À *Enf.^a Fátima Ramalho*, o meu muito obrigado por todo o seu apoio, disponibilidade e amizade incondicionais neste percurso formativo.

Aos *meus pais*, por todas as condições que me proporcionaram ao longo da vida, por tudo o que me ensinaram e permitiram, tudo aquilo de que abdicaram e pelo sorriso que têm sempre guardado para mim.

Ao *Bruno*, agradeço o apoio absoluto, a paciência e a compreensão. Foi ele que esteve sempre presente e que me apoiou nos momentos mais difíceis, dando-me ânimo e o alento necessários quando as forças teimavam em abandonar-me. Ele teve uma capacidade incrível em canalizar todas as suas energias em prol do meu sucesso. Estar-lhe-ei eternamente agradecida.

A todos que de alguma forma colaboraram e incentivaram a realização deste trabalho,

O mais autêntico e sincero OBRIGADA!

RESUMO

O Cancro do Colo do Útero sendo considerado um problema *major* de Saúde Pública a nível mundial e a 2ª causa de morte no sexo feminino, requer desta forma uma adequada intervenção por parte dos profissionais de saúde à comunidade com vista à adopção de comportamentos de saúde, que visam a promoção da mesma.

É das patologias que por intermédio da prevenção e deteção precoce será possível travar o desenvolvimento do processo oncológico. É função do enfermeiro, enquanto elemento promotor de saúde da comunidade, intervir aos vários níveis de atuação de modo a contribuir para um maior esclarecimento das clientes face a esta patologia e ainda capacitá-las para procurar os programas de rastreio, que conduzam ao declínio de incidência e mortalidade do Cancro do Colo do Útero.

O projeto teve como objetivo capacitar a população alvo à adesão ao rastreio do Cancro do Colo do Útero. Realizou-se na Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro, da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, a um grupo de 80 clientes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20-60 anos. Como metodologia, seguimos o processo Planeamento em Saúde e como referencial teórico o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender associado à Teoria Cognitiva de aprendizagem. Após a definição dos diagnósticos de enfermagem foram definidas as prioridades dos problemas segundo o Método de Halon. Foram planeadas e realizadas ações educativas, de grupo, de forma a fomentar a consciencialização e engrandecer o conhecimento acerca deste problema de saúde, o Cancro do Colo do Útero e respetivo rastreio. Os resultados de intervenção foram analisados através dos indicadores de processo, de atividade e de adesão verificando-se que os objetivos definidos foram totalmente alcançados.

Este percurso propiciou também o desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária.

Palavras-chave: Cancro do colo do útero, rastreio, planeamento em saúde, promoção de saúde, educação para a saúde.

ABSTRACT

The Cervical Cancer being considered a major problem of public health worldwide and the second leading cause of death in females requires thus an appropriate intervention by health professionals to the community with the adoption of health behaviors, which aimed at promoting the same.

It's a pathology that through prevention and early detection will be possible to inhibit the development of the cancer process. It is the role of the nurse as health promoter element of the community, to intervene at various levels of action in order to contribute to the further clarification of the clients face to this disease and still enable them to seek screening programs, leading to declining incidence and mortality Cancer of the Cervix.

The project aimed to empower the target population for accession to the screening of Cervical Cancer. Held at the Health Unit Dr. Jose Barreiro Domingo, Holy House of Mercy lisbon, to a group of 80 female clients, aged between 20-60 years. The methodology used was based on the Planning Health process and as theoretical referencial the Promotion of Health Nola Pender associated with the cognitive learning theory. After the definition of the nursing diagnoses were prioritizing issues according to the method of Halon. Educational activities, in group, were planned and carried out in order to promote awareness and enhance knowledge about this health problem, Cancer of the Cervix and its screening. The results were analyzed by the intervention of process, activity and membership indicators, checking that the defined objectives were fully achieved.

This route also led the development of skills in community nursing.

Keywords: Cancer of the cervix, screening, health planning, health promotion, health education.

INDÍCE

INTRODUÇÃO	11
1. FOCO DE INTERVENÇÃO	13
1.1. Pertinência da Temática	13
1.2. Cancro do Colo do Útero	14
1.2.1. Etiologia e Fatores de Risco	15
1.2.2. Epidemiologia	16
1.2.3. Níveis de Prevenção - Rastreio	17
1.2.4. Intervenção do Enfermeiro	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	20
2.1. Modelo de Promoção de Saúde – Nola Pender	21
3. METODOLOGIA – PLANEAMENTO EM SAÚDE	24
3.1. Diagnóstico da Situação	24
3.1.1. Implicações éticas	25
3.1.2. Contextualização do local de intervenção	26
3.1.3. Caracterização da População alvo	27
3.1.4. Técnicas e Procedimentos de Colheita de dados	28
3.1.5. Método de Análise, Tratamento e interpretação dos dados	29
3.1.6. Diagnósticos de Enfermagem	39
3.2. Determinação de Prioridades	40
3.3. Fixação de Objetivos	42
3.4. Seleção de Estratégias	43
3.5. Preparação Operacional- programação	46
3.6. Avaliação	50
4. LIMITAÇÕES DO PROJETO	54
5. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	64
ANEXO I – Incidência do Cancro do Colo do Útero nos EUA pela etnia	65

ANEXO II – Incidência e Mortalidade do Cancro do Colo do Útero, por grupo etário em Portugal	66
ANEXO III – Níveis de Incidência e Mortalidade do Cancro do Colo do Útero a nível nacional	67
ANEXO IV – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	68
ANEXO V – Consentimento Informado: rastreio	69
ANEXO VI – Instrumento da colheita de dados: questionário	70
ANEXO VII – Autorização da autora do questionário à sua aplicação	71
ANEXO VIII – Boletim dos resultados citológicos	72
APÊNDICES	73
APÊNDICE I – Cronograma do Projeto: previsto/ reformulado	74
APÊNDICE II – Pedido e autorização do Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa	75
APÊNDICE III – Consentimento Informado: questionário	76
APÊNDICE IV – Pedido de autorização à autora do questionário	77
APÊNDICE V – Estratégias relativas ao diagnóstico de enfermagem	78
APÊNDICE VI – Atividades relativas aos objetivos específicos	79
APÊNDICE VII – Especificação da atividade detalhada	80
APÊNDICE VIII – Critérios de Inclusão e Exclusão ao rastreio do Cancro do Colo do Útero	81
APÊNDICE IX – Cartaz de divulgação às Sessões Educativas	82
APÊNDICE X – Plano de Sessão/ Slides da Sessão Educativa	83
APÊNDICE XI – Folheto Informativo “Rastreio do Cancro do Colo do Útero”	84
APÊNDICE XII – Diploma de Presença	85
APÊNDICE XIII – Cartaz de divulgação ao rastreio do Cancro do Colo do Útero	86
APÊNDICE XIV – Colheita de dados sociodemográficos	87
APÊNDICE XV – Questões de avaliação de conhecimentos antes e após a Sessão Educativa	88
APÊNDICE XVI – Gráfico de Gantt	89
APÊNDICE XVII – Indicadores de avaliação da atividade “Sessão Educativa”	90
APÊNDICE XVIII – Indicadores de avaliação da atividade “Realização do rastreio do Cancro do Colo do Útero”	91

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões do questionário	29
Quadro 2 – Priorização dos problemas segundo o Método de Hanlon	41
Quadro 3 – Avaliação das metas estabelecidas	53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da variável sociodemográfica: Idade	30
Tabela 2 – Caracterização da variável sociodemográfica: Habilitações Literárias	30
Tabela 3 – Caracterização da variável sociodemográfica: Estado Civil	31
Tabela 4 – Caracterização da variável sociodemográfica: Profissão	31
Tabela 5 – Caracterização da variável sociodemográfica: Nº de filhos	32
Tabela 6 – Análise de Informação acerca dos Fatores de Risco	32
Tabela 7 – Análise de Informação acerca dos Sintomas	33
Tabela 8 – Análise de Informação acerca do Vírus	34
Tabela 9 – Análise de Informação acerca do Diagnósticos do Vírus HPV	34
Tabela 10 – Análise de Informação acerca da Vacinação	35
Tabela 11 – Análise de Informação acerca do início do rastreio	35
Tabela 12 – Análise de Informação acerca da regularidade da realização do rastreio do Cancro do Colo do Útero	36
Tabela 13 – Análise de Informação acerca do exame preventivo do Cancro do Colo do Útero	36
Tabela 14 – Análise de Informação acerca de formas de obtenção de informação	37
Tabela 15 – Análise de Informação acerca do Cancro do Colo do Útero detetado tardiamente	37
Tabela 16 – Análise de Informação acerca da atuação da cliente na presença de infeção vaginal	38
Tabela 17 – Análise de Informação acerca das dúvidas que a população alvo deseja esclarecer	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CASL – Centro de Apoio Social de Lisboa

CCU – Cancro do Colo do Útero

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ECCA – European Cervical Cancer Association

Enf.^a(o) – Enfermeira(o)

FA – Frequência Absoluta

FR – Frequência Relativa

HPV – Vírus Papiloma Humano

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPOl – Instituto Português de Oncologia de Lisboa

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPCDC – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Crónicas

PON – Plano Oncológico Nacional

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

SCML – Santa Casa Misericórdia de Lisboa

Sr.^a - Senhora

SEPS – Sessões de Educação para a Saúde

USDJDB – Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

Ao falarmos de cancro associamos este termo a vivências dolorosas, intensas, medos, lutas, vitórias, derrotas, um sem fim de emoções, digamos que é um caos que se instala na vida pessoal e familiar de qualquer cliente, emerge sem aviso e coloca em causa tudo aquilo em que se acredita e hipoteca os sonhos e planos futuros.

As doenças oncológicas ocupam um lugar de destaque em todas as políticas de saúde a nível mundial, sendo que em Portugal constituem a segunda principal causa de morte, pelo que têm um profundo impacte no cliente, nos familiares e na comunidade em geral, sendo das doenças mais temidas pela maioria da população. O reconhecimento destes factos levou a estabelecer o combate contra as doenças neoplásicas como uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde (PNS) (PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS CRÓNICAS - PNPCDC, 2007-2010). Entre os vários tipos de cancros existentes, o Cancro do Colo do Útero (CCU) é um dos que, se diagnosticado ou tratado em fase precoce, tem grandes possibilidades de cura. No entanto, nos países que possuem programas de deteção precoce e tratamento organizados tem-se verificado, nas últimas duas décadas, que a taxa de incidência e mortalidade por este cancro tem diminuído. O facto de o cancro estar associado a sentimentos de dor e/ou morte leva a que a maioria das clientes evite realizar rastreios, em que o próprio resultado revela uma maior preocupação.

Nos últimos anos, os indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas têm-se traduzido em novas necessidades de saúde, pelo que tem sido reconhecido o papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários, com ênfase na capacidade de dar resposta às necessidades do cliente, grupo e comunidade. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica desenvolveu competências que lhe permite intervir e participar nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de Saúde Pública, segundo as orientações estratégicas definidas no PNS. Assim, o enfermeiro tornar-se-á competente em cuidar do cliente, enquanto ser holístico e de construir saberes científicos e técnicos, recorrendo à tecnologia como suporte da prática clínica, utilizando uma linguagem científica que reconheça as suas competências especializadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS - OE, 2011).

O projeto de estágio de Enfermagem Comunitária e da família, inserido no II curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

realizou-se na Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro (USDJDB) da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa (SCML), entre Setembro de 2011 e Fevereiro de 2012 (APÊNDICE I). No decorrer deste estágio desenvolvemos competências científicas, técnicas e relacionais especializadas em Enfermagem Comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade de contextos, visando a aquisição de melhores níveis de saúde, no cliente, grupos e comunidade. Delineamos como objetivo geral *capacitar a população alvo à adesão ao programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU)* e como finalidade *obter ganhos em saúde através da adesão das clientes ao RCCU*. O projeto foi orientado pela metodologia de Planeamento em Saúde e pelo Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender utilizando a Teoria cognitiva de aprendizagem, o que nos permitiu desenvolver competências específicas na aplicação dos referenciais.

Inspirando-nos pelas recentes iniciativas nacionais a nível do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente as linhas orientadoras no combate à doença oncológica, entre elas o rastreio, e em concordância com os objetivos do PNS, o foco de intervenção deste projeto resultou da conciliação de necessidades e características do local de estágio, da entidade formadora, das competências previstas para a prática especializada de Enfermagem Comunitária e dos interesses e curriculum profissional da mestranda. A experiência profissional em Obstetrícia e Ginecologia, particularmente o reconhecimento da saúde da mulher como alvo dos cuidados de Enfermagem, revelou-se uma mais-valia no planeamento e consecução deste projeto.

No presente relatório, constituído por seis capítulos, descrevemos e refletimos sobre o percurso realizado. No primeiro capítulo, apresentamos a justificação do foco de intervenção, com revisão bibliográfica acerca do CCU. No segundo, expomos o referencial teórico: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. No terceiro capítulo descrevemos a metodologia, com referência às questões éticas e a contextualização da intervenção de acordo com as etapas do Planeamento em Saúde. No quarto, mencionamos as limitações do projeto. No quinto, efetuamos uma breve reflexão acerca das competências desenvolvidas na área de especialização de Enfermagem Comunitária. No sexto capítulo, em considerações finais fizemos uma síntese de toda a análise abordada ao longo do enquadramento conceptual e da metodologia – Planeamento em Saúde.

Com este percurso formativo e concretização deste projeto conseguimos adquirir e desenvolver competências ao nível de “Iniciada” (BENNER, 2001).

1. FOCO DE INTERVENÇÃO

1.1. Evidência Científica - Pertinência da Temática

A pesquisa efetuada demonstrou que o cancro, como nenhuma outra doença, é responsável por sentimentos de ansiedade e depressão, tal como refere PHIPPS; SANDS e MAREK, o facto de ser dado ênfase ao carácter incurável do cancro, implica “um impacto fisiológico e psicológico, nos doentes e suas famílias (...)” causando “profundas alterações nos seus estilos de vida” (PHIPPS; SANDS e MAREK, 2003, p.287), o que afetará consequentemente todos os aspectos dos cuidados de Enfermagem. Tal facto, implica que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos actualizados assentes em bases sólidas, tornando a relação terapêutica eficaz. O impacte que esta patologia pode ter na vida da cliente e família, aliado aos ganhos em saúde que podem advir de uma boa intervenção de Enfermagem, contribuiu também para a seleção desta temática.

Tal como afirma o PLANO ONCOLÓGICO NACIONAL (PON) (2001-2005), as doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacte nos clientes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente das doenças mais temidas pela população em geral. O reconhecimento destes factos levou a estabelecer o combate contra o cancro como uma das prioridades do PNS (PNPCDC, 2007-2010).

Entre as várias doenças oncológicas existentes, o CCU é o segundo cancro mais comum a nível mundial, um dos que, se diagnosticado ou tratado em fase precoce, tem grandes possibilidades de cura (LEAVER e LABONTE, 2010). O RCCU não é somente um método de prevenção secundária na deteção de lesões pré-cancerosas, mas todo o programa tem início na prevenção primária, através de despiste de sinais de infecção de HPV antes de as lesões evoluírem para cancro, pelo que neste nível de prevenção se dá maior ênfase à Educação para a Saúde (PATRA e PANDA, 2010).

Esta doença oncológica, constitui de acordo com as *guidelines*, uma problemática *major* e uma preocupação ao nível da Saúde Pública, visto que se diagnosticado ou detetado precocemente possui grandes hipóteses de cura, pelo que existiu grande necessidade de trabalhar a presente temática.

1.2. Cancro do Colo do Útero

Segundo o PNS (2004-2010), os tumores malignos encontram-se entre as três principais causas de morte em Portugal, pela amplitude e gravidade do problema em termos de Saúde Pública importa tomar medidas, quer de educação e Promoção de Saúde, quer de diagnóstico e tratamento.

O CCU tem sido uma das grandes problemáticas na saúde da mulher, não parecendo existir um factor hereditário, mas sim, uma associação a um vírus, o denominado HPV. Este vírus, é um condiloma acuminado ou verruga venérea resultando de um tipo de infecção adquirida na maioria das vezes, através de contacto sexual, podendo ter repercussões dermatológicas, urológicas e ginecológicas; dada a existência de uma grande variedade, mais de 100 tipos de HPV (os tipos mais prevalentes são o 16 e 18), cerca de 15 podem originar anomalias nas células do colo do útero que podem evoluir para CCU. Este tipo de Cancro é causado por determinados tipos de HPV, a maioria destes vírus são inofensivos, mas outros podem ser bastante perigosos para a saúde humana, como os que estão na origem do CCU. O HPV é muito frequente, facilmente transmissível e pode ser totalmente silencioso, pelo que é possível que as clientes não se apercebam de que estão infetadas (ECCA, 2008).

Segundo a SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA (2011) a infecção por HPV é muito frequente estimando-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas (35 e 50 anos de idade) adquiram esta infecção, tornando este grupo de alto risco para o desenvolvimento de CCU.

Para PHIPPS; SANDS e MAREK (2003) o CCU é assintomático nos estádios iniciais. À medida que a doença progride, a cliente poderá ser acompanhada por determinados sintomas e sinais, nomeadamente corrimento vaginal, escasso, escuro e aquoso, hemorragia vaginal após o coito ou pós-menopáusica; num estágio mais avançado poderá ocorrer corrimento de cheiro fétido devido a desprendimento do tecido epitelial; a dor é geralmente, um sinal tardio e pode envolver a pelve, os flancos, a região dorso-lombar e o abdómen.

1.2.1. Etiologia e Fatores de risco

A etiologia do CCU é ainda desconhecida, porém a evidência científica tem demonstrado que a incidência de casos com esta doença neoplásica possui uma forte associação entre a história e as práticas sexuais (OTTO, 2000).

O risco pode ser definido como “a probabilidade de um acontecimento (...) ocorrer” (GORDIS, 2011, p.203), nomeadamente o desenvolvimento de uma doença.

Assim, é de salientar que uma cliente com determinados fatores de risco está mais predisposta do que outras a desenvolver o CCU. Tal ideia confirmou-se com a realização de diversos estudos, em que foi possível identificar alguns fatores que podem aumentar o risco de desenvolver CCU, não esquecendo que quando presentes em simultâneo, estes fatores aumentam ainda mais o risco.

A maioria dos fatores de risco potenciais ao desenvolvimento do CCU incide sobretudo na disseminação do vírus por contacto sexual. Os autores PHIPPS; SANDS e MAREK (2003) reforçam que através de diversos estudos verificou-se uma elevada incidência deste cancro em prostitutas, clientes múltiparas, afro-americanas, hispano-americanas e americanas de raça branca, mulheres com múltiplos parceiros sexuais, primeiro coito em idade precoce, historial de doenças transmitidas sexualmente, imunidade comprometida (incluindo infecção VIH e infecção do HPV), hábitos tabágicos (quanto mais uma mulher fumar devido aos componentes carcinogénicos do tabaco, maior é o risco de adquirir infecção pelo mesmo vírus), e ainda os fatores alimentares que incluem deficiência de vitamina A e C e perturbação do metabolismo do ácido fólico (atuam como antioxidantes desempenhando uma função protetora no sistema imunitário). Tal como LEAVER e LABONTE (2010) demonstram através dos dados de um estudo efetuado nos Estados Unidos acerca da incidência do CCU que é variável com a etnia da cliente, neste estudo verificou-se elevada incidência em clientes de etnia africo-americanas e hispano-americanas estando relacionado com os comportamentos de risco e escassos recursos de saúde (ANEXO I).

Perante esta evidência é importante sensibilizar as mulheres para adquirirem comportamentos promotores de saúde, alertando e informando quais os fatores de risco potenciais ao desenvolvimento do CCU.

1.2.2. Epidemiologia

A vigilância epidemiológica do cancro envolve uma atividade sistemática e contínua de recolha, tratamento e divulgação de informação acerca das doenças oncológicas e fatores que com elas se relacionam. É fundamental o seu enquadramento nas políticas de Saúde Pública em oncologia, constituindo-se como um instrumento com a capacidade de orientar esforços de prevenção, de planeamento e gestão dos cuidados de saúde.

O CCU é a principal causa de morte por cancro entre as mulheres de países subdesenvolvidos, uma vez que está intimamente ligado a fatores de carácter político, económico e sociocultural, onde os estilos de vida são pouco saudáveis e os programas de RCCU são insuficientes. As lesões pré-invasivas tendem a ocorrer em certas clientes com idade precoce, que pode estar relacionada com a atividade sexual das adolescentes. A incidência do CCU aumenta com a idade (PHIPPS; SANDS e MAREK, 2003).

Através dos dados estatísticos verificamos que Portugal é dos países da União Europeia com maior incidência de CCU com cerca de 20,95 casos por cada 100 mil clientes, e uma taxa de mortalidade 3,81 mortes em 100 mil clientes, ou seja com cerca de 900 novos casos por ano e 378 mulheres morreram vítimas de CCU (ANEXO II). No entanto, de acordo com os dados de GLOBOCAN (2008) o CCU é a terceira doença oncológica com níveis de incidência e mortalidade mais elevados a nível nacional (ANEXO III). Perante tais dados, poderá afirmar-se que a persistência de taxas elevadas de incidência e de mortalidade por tumor maligno do Colo do Útero ao longo do ciclo de vida das clientes, sugere uma insuficiência de rastreio que permitirá controlar a doença em fases mais precoces e em idades progressivamente mais jovens (DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - DGS, 2008).

Os dados estatísticos existentes revelam que nas últimas duas décadas as taxas de mortalidade específica por CCU têm vindo a diminuir nos países onde existem programas de deteção precoce e de tratamento bem organizados (PNPCDC, 2007- 2010 citando ALVES [et al], 2005).

Segundo o PNS (2004-2010), não existem estatísticas nacionais actualizadas e fiáveis de incidência e de resultados terapêuticos, o que resulta na incapacidade de se poder avaliar a eficácia do sistema, como planificar e monitorizar intervenções futuras.

A DGS (2008) apenas reforça que os dados das taxas de incidência e mortalidade do CCU têm vindo a diminuir nos últimos anos, graças aos programas de prevenção, designadamente ao rastreio.

1.2.3. Níveis de prevenção – rastreio

O CCU é um tumor maligno rastreável, que pode ser prevenido. O rastreio é uma forma de prevenção eficaz deste tumor, pois permite detetar precocemente lesões pré-malignas, não invasivas e é realizado em populações presumivelmente sem a doença.

A redução da taxa de incidência e da taxa de mortalidade por esta patologia está na base de adoção de medidas de prevenção **Primária e Secundária**. A **Prevenção Primária** refere-se a intervenções cujo objetivo será “prevenir a ocorrência da doença, lesão ou incapacidade” (MCKEOWN e MESSIAS, 2010, p. 268) ou seja atuar no âmbito da Promoção da Saúde através de estratégias educativas, de forma a sensibilizar as populações para os fatores de risco associados ao CCU; e ainda Vacinação profilática contra o HPV. A **Prevenção Secundária** engloba “intervenções desenhadas para aumentar a probabilidade de uma pessoa com uma doença ter esse mesmo diagnóstico numa fase em que esta é ainda tratável e em que o mais provável é que o tratamento resulte em cura” (MCKEOWN e MESSIAS, 2010, p.269), pelo que os rastreios de saúde constituem a base da Prevenção Secundária.

Segundo as autoras supracitadas, qualquer rastreio permite classificar os indivíduos de acordo com a probabilidade de contraírem a doença, ou seja consiste numa deteção precoce e tratamento quando estes resultam num prognóstico mais favorável com a finalidade de averiguar precocemente os casos para tratar ou iniciar programas de prevenção e controlo de Saúde Pública.

Os rastreios “consistem na aplicação de exames sistemáticos a toda a população saudável ou de grupos específicos seleccionados da população saudável” (PON, 2001-2005, p. 5243). É recomendado pelo mesmo documento anteriormente mencionado que a citologia cervical deve ser efetuada, no grupo etário dos 20 aos 60 anos, extensivo a grupos etários vizinhos, conforme os recursos disponíveis. As clientes devem ser submetidas a um exame anual, durante dois anos consecutivos, com resultados negativos, sendo o intervalo de rastreio aconselhado de três anos (PON, 2001-2005).

O rastreio é considerado a

“presumível identificação de uma doença ou defeito desconhecidos, através de aplicação de testes, exames ou outros processos que possam ser aplicados rapidamente para separar as pessoas aparentemente saudáveis que provavelmente têm a doença, daquelas que provavelmente a não têm” (MAUSNER e KRAMER, 2007, p. 311 citando COMMISSION ON CHRONIC ILLNESS, 1951).

Este tipo de exame pretende detetar células do colo do útero anormais nas suas fases precoces, evitando-se assim que evoluam para CCU. O referido PON (2001-2005) salienta, que deveriam ser utilizados todos os meios disponíveis para identificar lesões pré-malignas ou neoplasias em fase inicial. Só assim é, viável a cura de doentes, a redução das taxas de morbi-mortalidade e, inclusivamente, aumentar a longevidade e a qualidade de vida. A existência de programas de rastreio de cancro trazem ganhos em saúde, nos locais ou países onde estão implementados, considerando que têm como objetivo diminuir a sua incidência e mortalidade, promover o tratamento atempado, aumentar a sobrevivência das clientes diagnosticadas com esta doença e fazer o diagnóstico precoce a todas as clientes assintomáticas (SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA, 2011).

Qualquer programa de rastreio está dependente de uma sequência de intervenções, em tempo útil e de forma integrada, que vão desde a identificação da população alvo até à terapêutica e vigilância após tratamento, passando pelos processos de convocação da população definida ou pelo diagnóstico.

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA (2011) reforça que determinados estudos epidemiológicos têm demonstrado que o rastreio citológico, com intervalos de 3 a 5 anos, tem assistido a uma redução de cerca de 80% na mortalidade por CCU.

1.2.4. Intervenção do enfermeiro

O papel do enfermeiro é imprescindível aos três níveis de prevenção, a sua presença e disponibilidade em facultar a informação necessária à compreensão e fundamentação de todos os procedimentos face à problemática que é o CCU, traduz-se numa intervenção fulcral à redução de medo, ansiedade e preocupação que atormenta a cliente em todo o processo de vigilância da sua saúde.

De acordo com o artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro (2005) que define que o profissional assume o dever de “conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido”, de “participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados” e “colaborar com outros profissionais de saúde em programas que respondam às necessidades da Comunidade” (NUNES; AMARAL e GONÇALVES 2005, p. 83).

A relação que o enfermeiro estabelece com a cliente é preponderante para esta aderir ao rastreio, ou seja ao estabelecer-se um clima de empatia e confiança torna a

cliente mais tranquila e receptiva à informação que lhe é transmitida. Ao garantir esta parceria com a cliente, o enfermeiro está simultaneamente a zelar pelo cumprimento de normas deontologicamente orientadoras em que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (NUNES; AMARAL e GONÇALVES, 2005, p.59)

A ciência e arte são incorporadas na distinção de um bom profissional, daquele que é simplesmente um técnico competente. Segundo MERIGHI; HAMANO e CAVALCANTE (2002) uma boa prestação de cuidados deve ter por base empatia, intuição e um ótimo processo comunicativo, e não apenas a preparação correcta da técnica. Isto permite assegurar a qualidade do atendimento, tendo em conta os aspetos emocionais, as queixas, as dúvidas e ansiedades da cliente face a qualquer procedimento invasivo, como a realização da citologia.

Segundo STANHOPE e LANCASTER (2011), o enfermeiro deve ainda utilizar como estratégia a Educação para a Saúde, quer a nível individual e coletivo de modo a incrementar os níveis de conhecimento das populações, como também modificar percepções e comportamentos de risco. No que concerne à problemática do CCU para além da extrema importância de Educação para a Saúde, o enfermeiro deve também implementar programas de rastreio de modo a que esta vigilância precoce previna o desenvolvimento deste cancro.

Digamos que o enfermeiro tem um importante papel na condução de apreciações comunitárias, fazendo parcerias com a própria comunidade, para a recolha e análise de dados, desenvolvimento de diagnósticos comunitários e implementação de intervenções com base em evidências científicas. Assim, poderá acrescentar-se que desde a prevenção ao tratamento os enfermeiros são considerados como conselheiros, educadores, advogados, gestores de caso e prestadores de cuidados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Neste capítulo abordamos a intervenção da Enfermagem Comunitária, considerada uma ferramenta fulcral no promover a capacitação de um grupo de clientes na adesão ao RCCU, como medida de vigilância à sua saúde, particularmente alicerçado no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

A Enfermagem Comunitária sobressai das diversas especialidades de enfermagem, pela sua posição privilegiada no ambiente natural das comunidades, na Promoção de Saúde de clientes, grupos, famílias e comunidades (OE, 2010; SCHUMACHER, BECK, & MARREN, 2006; WILLIAMS & STANHOPE, 2011). Desta forma, evidenciam-se as atividades de Educação para a Saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos clientes, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. O cliente é o “sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção” (CIPE®, 2005, p.169).

O conceito de Promoção da Saúde foi definido em 1986, na Conferência de Ottawa, como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986). Este conceito, que enfatiza a importância da capacitação, distingue-se de prevenção da doença, que se refere à redução do risco de doença ou complicações (KULBOK; LAFFREY & CHITTHATHAIRATT, 2010). A OE também releva a importância da capacitação, ao definir que o objetivo do exercício profissional de Enfermagem é “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (OE, 2003, p. 145). O conceito capacitar, oriundo do latim *capacitare*, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa da Infopédia (2003-2011), significa “tornar-se capaz”, ou seja, “apto; competente” ou “próprio para o fim a que se destina, conveniente, adequado”. Assim, “os enfermeiros podem capacitar os clientes, ajudando-os a adquirir as competências necessárias para ter uma vida saudável e para serem clientes eficazes dos cuidados de saúde” (SEBASTIAN, 2011, pp. 763-764). Desta forma, é fundamental “capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios de desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 2 citando OMS, 1986). Por intermédio de capacitar, a existência de saúde reflete-se numa vitalidade e máxima funcionalidade de forma a

responsabilizar o cliente pelo seu estado, ou seja constrói o seu projeto de vida assente em comportamentos, atitudes e conhecimentos favorecedores ao veículo saúde, traduzindo-se no modelo salutogénico. Este modelo é encarado como o paradigma de saúde, isto é um “processo fluido, flexível” que “envolve uma visão holística do estilo de vida total da pessoa e a interacção com o ambiente” (KULBOK; LAFFREY; CHITTATHAIRATT, 2010, p. 333).

Como refere COLLIÉRE (1999), o modelo teórico serve para moldar os profissionais de Enfermagem, à luz de um conjunto de diretivas e formas de ver e agir, preconizadas pelo mesmo.

Deste modo, a intervenção de Enfermagem alicerçada num modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender favoreceu todo o processo de desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos, na consequência desejada da adesão ao rastreio, com vista a realizar uma vigilância de saúde regular e à obtenção de comportamentos promotores de saúde da população alvo em estudo.

2.1. Modelo de Promoção de Saúde – Nola Pender

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender surgiu como uma proposta para integrar a Enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, como também considerado um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os clientes à aquisição de comportamentos promotores de saúde. Um comportamento promotor de saúde visa

“directed toward attaining positive health outcomes for the client. Health-promoting behaviors, particularly when integrated into a healthy lifestyle that pervades all aspects of living, results in improved health, enhanced functional ability, and better quality of life at all stages of development” (PENDER; MURDAUGH e PARSONS, 2006, p. 57).

Digamos que emerge como um método de apreciar os comportamentos promotores de saúde e promover o bem-estar do cliente, ou seja ajudar os clientes a cuidarem de si próprios, como também proporcionar estilos de vida, com vista à sua Promoção de Saúde. A Promoção de Saúde “is behavior motivated by the desire to increase well-being and actualize human health potential” (PENDER; MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.7)

O Modelo de Promoção de Saúde (2011) permite implementar e avaliar ações, nomeadamente os comportamentos que visam a Promoção de Saúde, por intermédio de determinadas componentes, como as características e experiências individuais (comportamento anterior, ou seja o comportamento que deve ser mudado e os fatores pessoais que incluem os biológicos, psicológicos e socioculturais); os sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento que se pretende alcançar (compreende a existência de benefícios e barreiras para ação que influencia na mudança de comportamento, a auto-eficácia, influências interpessoais e situacionais); e ainda o comportamento de Promoção de Saúde desejável (o cliente está condicionado pelas intervenções de Enfermagem à modificação, as exigências imediatas e preferências em que coordenam os clientes face à mudança de comportamentos com vista à Promoção de Saúde) (ANEXO IV).

Ao longo deste projeto de intervenção Comunitária, tivemos a preocupação de conhecer a conduta de saúde que estas clientes possuíam, quais as barreiras que as impediam de ter uma vigilância de saúde regular, com o intuito de poder atuar favorecendo a mudança de determinados comportamentos em prol da sua saúde.

A investigação que PENDER; MURDAUGH e PARSONS (2011) desenvolveram teve sempre presente a Enfermagem numa perspetiva holística em que a teoria de aprendizagem social alicerçou o desenvolvimento do Modelo de Promoção da Saúde. Este modelo inclui os comportamentos favorecedores para melhorar a saúde e aplica-se potencialmente ao longo do ciclo vital e em diversos contextos, como na comunidade. A comunidade “it is a collective body of individuals identified by geography, common interests, concerns, characteristics, or values” (PENDER; MURDAUGH e PARSONS 2011, p. 68 citando WHO, 1974), reforçam ainda que “in which individuals live, work, and play is critical to health promotion and prevention” (PENDER; MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.68).

No Modelo de Promoção da Saúde, os mesmos autores supracitados descrevem quatro conceitos paradigmáticos *pessoa, saúde, enfermagem e ambiente*. O conceito pessoa é considerado como centro no modelo, definindo-a enquanto ser único pelo seu padrão cognitivo de perceção: o seu modelo compreende vários fatores como os estilos de vida saudáveis, a capacidade para o auto-cuidado e utilização dos cuidados de saúde. Os autores citados reforçam que a auto estima e o auto conceito facilitam a manutenção de comportamentos saudáveis. O conceito saúde para estes autores, é encarado sob os

aspectos individual, familiar e comunitário tendo por base o bem-estar e melhoria de qualidade de vida. PENDER conjuntamente com MURDAUGH e PARSONS (2011) descrevem o contributo da enfermagem na Educação para a Saúde com base na relação cliente-consultor (enfermeiro). Esta relação constrói-se e baseia-se em diversos pressupostos: os clientes e as famílias são responsáveis pela própria saúde, os mesmos têm capacidade para mudar de forma construtiva ou destrutiva os seus hábitos de vida; deve ser facultada informação adequada de modo a poderem atuar de forma consciente acerca dos comportamentos e estilos de vida que pretendem adotar. Relativamente ao conceito ambiente, este deve ser compreendido como resultado das relações entre os clientes e seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, de modo a que se proporcione um ambiente promotor de saúde.

A saúde é encarada como um conjunto de capacidades que permitem ao cliente manter-se e desenvolver-se, assim se poderá afirmar que o ambiente influencia a própria saúde, quaisquer condições de existência determinam os modos de vida do cliente, grupo ou comunidade (COLLIÈRE, 2003).

Este modelo retrata assim uma natureza multidimensional das clientes, com intuito de proporcionar condições de vida adequadas à sua saúde, interagindo de uma forma holística cujo objetivo será motivar os clientes a adquirir comportamentos promotores de saúde com vista a atingir um completo de bem-estar. Não esquecendo que a intervenção do enfermeiro em todo este processo torna-se fulcral, desde promover Educação para a Saúde, como avaliar e implementar comportamentos de Promoção de Saúde.

3. METODOLOGIA – PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento é fundamentalmente uma aplicação da lógica à tomada de decisões, no âmbito da saúde, racionalizando-as no sentido de que a transformação da realidade se processe de modo mais eficiente.

O Planeamento em Saúde é “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos ” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.23).

Segundo IMPERATORI e GIRALDES (1993), o Planeamento em Saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, em que não se deve considerar uma etapa completamente concluída, uma vez que na fase seguinte será sempre possível retroceder e recolher nova informação que poderá assim completá-la, se necessário. Este processo de planeamento inclui determinadas fases, o diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação dos objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional - programação e avaliação.

3.1. Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de Planeamento em Saúde, e que por sua vez corresponde às necessidades de saúde da população. Esta etapa permite identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, devendo ser suficientemente aprofundado de modo a explicar as causas desses problemas e, ainda sucinto e claro para ser facilmente lido e compreendido por todos os leitores (IMPERATORI e GIRALDES, 1993).

Esta etapa desenvolve-se com base na justificação da pertinência da temática, onde recorremos a uma revisão de literatura com base na evidência científica; como objetivo geral pretendemos *identificar quais os problemas de saúde e fatores condicionantes que interferem na adesão das clientes ao RCCU*. Assim, passamos a descrever as implicações éticas, focamos a contextualização do local de intervenção, caracterizamos a população alvo, mencionamos quais as técnicas e procedimentos de colheita de dados, bem como o método de análise, tratamento e interpretação dos dados.

3.1.1. Implicações Éticas

Ao longo do presente estágio de intervenção Comunitária, é de salientar que quer na elaboração do projeto, quer em diversas situações de tomada de decisão tivemos sempre por base determinadas implicações éticas. Não desprezando que qualquer intervenção a um cliente, grupo ou comunidade despoleta questões morais e éticas que incidem na proteção dos direitos e liberdade a que os mesmos estão expostos.

O conceito de ética possui inúmeras denominações, no entanto achamos pertinente realçar que é um processo que direciona a forma “como as pessoas são ajudadas a desenvolver as competências necessárias para agirem de forma moral responsável” (THOMPSON; MELIA e BOYD, 2004, p.4).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005), as intervenções de Enfermagem são autónomas ou interdependentes. A participação do cliente nestas intervenções autónomas, desde o planeamento à avaliação está implícito o consentimento. O consentimento “é um dos aspectos básicos da relação entre os profissionais de saúde e os clientes, pois salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa e pela sua autodeterminação e a promoção do seu bem, no exercício da liberdade responsável” (NUNES; AMARAL e GONÇALVES, 2005, p.212). Relativamente à aplicação do questionário à população alvo do Centro de Apoio Social de Lisboa (CASL), foi solicitado um pedido de autorização ao Sr. Provedor, da SCML, Pedro Santana Lopes, mencionando que os dados de tal instrumento de colheita de dados seriam anónimos e confidenciais, tendo o mesmo autorizado (APÊNDICE II). No ato de entrega dos questionários foi também cedido a cada cliente o consentimento face ao anonimato dos dados obtidos pelas próprias (APÊNDICE III). No que concerne, à realização do RCCU, foi igualmente fornecido a cada cliente o consentimento informado (o qual descreve o tipo de exame, a regularidade da sua execução, a via de comunicação do respetivo resultado e ainda se autoriza ou não autoriza que o material restante possa ser incluído em estudos posteriores) (ANEXO V). Após a leitura do consentimento, averiguamos que a cliente tomou conhecimento das informações transmitidas, assim como declarou ter compreendido bem e por último, deu o seu consentimento, por escrito.

No projeto decorrente debruçamo-nos em dois dos princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido e o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais. O princípio

respeito pelo consentimento livre e esclarecido em que “a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria” (FORTIN, 2009, p.186), foi aplicado a todas as clientes relativamente à decisão de realizar o rastreio. O princípio **respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais** é um princípio que envolve o “direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade” (FORTIN, 2009, p. 188), em que “o participante, num estudo, tem o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais” (FORTIN, 2009, p.189), o mesmo obedecemos relativamente à colheita, análise e tratamento de dados da população alvo. Recorremos também a outros princípios éticos, expressos no Belmont Report **respeito pelas pessoas**, que pressupõe o reconhecimento da autonomia do Ser Humano, mas também o dever de protecção das pessoas com autonomia diminuída; **beneficência** que significa fazer o bem, do qual decorre o princípio ético da não maleficência, isto é, não fazer mal; **justiça**, no sentido de proceder com equidade (THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, 1979). O princípio da **veracidade** é também fundamental, na informação dos riscos e benefícios do estudo, mas também na relação interpessoal (OE, 2009).

Na aplicação prática destes princípios, tornou-se necessário avaliar os riscos e os benefícios do projeto. Após a ponderação de ambos, em conjunto com as orientadoras de estágio, o destaque dos benefícios permitiu avançar com o mesmo.

3.1.2. Contextualização do local de intervenção

A USDJDB abriu portas à comunidade em 1965, tendo sido construída em terrenos doados à SCML, com a finalidade de atuar como modelo de medicina preventiva. Neste contexto tem tido uma progressão na diversidade de valências a funcionar na Unidade, nomeadamente Saúde Infantil e Juvenil; Saúde de Adulto/ Idoso; Saúde mental; Saúde Materna/ Planeamento Familiar e Ginecologia; Apoio domiciliário; Estomatologia; Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Esta Unidade de Saúde tem uma área populacional extensa que abrange as freguesias do Beato, Santa Maria dos Olivais e Marvila.

A escolha do local de intervenção recaiu na USDJDB, uma vez que nesta já decorria um programa de RCCU e como o tema do presente projeto está relacionado com

a mesma temática seria uma mais-valia para a concretização do mesmo, sendo também uma necessidade à Unidade.

O CASL é conhecido por muitos cidadãos como o “Albergue da Mitra” que acolhe clientes vulneráveis caracterizados por baixos níveis de escolaridade, condições de saúde precárias e apresentam como principais problemáticas o alcoolismo, a toxicodependência, doenças do foro psiquiátrico, desemprego de longa duração, ausência de rede familiar, delinquência, entre outros (ASSOCIAÇÃO ALBERGUES NOCTURNOS DE LISBOA, 2007). Este centro está integrado na USDJDB, que desde Agosto de 2011 também se associou à SCML, pelo que se pode inserir no local de intervenção deste projeto. Isto porque, a população alvo em estudo inclui um grupo de clientes do sexo feminino, residentes e/ou funcionárias do CASL, que por sua vez estão inscritas na USDJDB. O CASL foi uma instituição que frequentamos com alguma regularidade no decorrer do projeto, desde a realização de diversas reuniões com a diretora, à entrega e recolha do instrumento da colheita de dados à população alvo, à realização das sessões educativas e ainda várias visitas de contacto direto com as clientes face ao agendamento dos rastreios. A temática do projeto insere-se na consulta de Ginecologia da USDJDB. Esta Unidade de Saúde tem também parceria com o Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOL) onde recebe e analisa o produto dos rastreios efetuados pela mesma.

3.1.3. Caracterização da População alvo

A população alvo corresponde a um grupo de 80 clientes, do sexo feminino, seguidas na consulta de Ginecologia da USDJDB.

Para o presente projeto elaboramos determinados **Critérios de Inclusão**, que correspondem “às características essenciais dos elementos da população” (FORTIN, 2009, p. 311), nomeadamente clientes inscritas na USDJDB e com idades compreendidas entre os 20-60 anos (nascidas entre 1951 e 1991).

Como **Critérios de Exclusão**, e ainda segundo o mesmo autor supracitado estes “servem para determinar os indivíduos que não farão parte da amostra” (FORTIN, 2009, p.311), assim foram excluídas as clientes já tratadas ou em fase de tratamento por patologia do CCU, as histerectomizadas, as que não iniciaram atividade sexual e as que possuam incapacidade física e/ou mental.

A população em estudo correspondeu a 70 clientes, uma vez que 10 clientes correspondiam aos critérios de exclusão determinados (4 clientes hysterectomizadas, 3 que não iniciaram a atividade sexual e ainda 3 clientes com incapacidade física e/ou mental).

3.1.4. Técnicas e Procedimentos de Colheita de dados

A seleção do instrumento da colheita de dados obedece a alguns critérios, nomeadamente as variáveis e a perspetiva de operacionalização das mesmas e depende, de igual forma, da estratégia de análise considerada, ou seja quaisquer instrumentos de medida devem ser apropriados às variáveis que se pretendem estudar.

No presente projeto optamos por aplicar um questionário de auto-preenchimento (ANEXO VI) à população alvo, já utilizado na população Portuguesa, no ano 2006, numa tese de mestrado, em Saúde e Desenvolvimento, da Universidade Nova de Lisboa. Através deste instrumento tencionamos determinar os conhecimentos e comportamentos da população alvo acerca do CCU, nomeadamente o rastreio. Foram de igual forma cumpridas as questões éticas, nomeadamente o pedido de autorização à sua autora para a aplicação do mesmo (APÊNDICE IV), tendo a mesma autorizado tal pedido (ANEXO VII).

Tal questionário é composto por duas partes, a primeira corresponde à caracterização sociodemográfica da cliente que inclui como variáveis a idade, habilitações literárias, profissão, estado civil e o número de filhos; relativamente à segunda parte é constituída por 19 questões de resposta simples e fechadas. As questões do presente questionário (Quadro 1) abordam o conceito CCU (dimensão 1), fatores de risco associados (dimensão 2); sintomatologia (dimensão 3); causa do CCU (dimensão 4); diagnóstico (dimensão 5); medidas de prevenção (dimensão 6); regularidade de realização, início e qual o tipo exame de rastreio (dimensão 7); forma de obtenção de informação acerca do CCU (dimensão 8); comportamento que adota perante uma infecção vaginal (dimensão 9); e ainda quais as dúvidas que a respetiva população alvo gostaria de esclarecer face à temática (dimensão 10).

Quadro 1 - Dimensões do questionário

Dimensões	Nº da questão do questionário
Conceito do CCU	6
Fatores de risco	7
Sintomatologia	8, 8.1
Causa do CCU: vírus e deteção tardiamente	9, 9.1, 18
Diagnóstico do CCU	10
Medidas de prevenção do CCU	11, 11.1
RCCU	12, 13, 13.1, 14, 15
Obtenção de informação acerca do CCU	16, 17
Comportamento face a uma infecção vaginal	19
Dúvidas a esclarecer acerca do CCU	20

Tal instrumento de colheita de dados foi entregue às clientes através de contacto direto. A sua aplicação decorreu durante o período compreendido entre 17 de Outubro e 24 de Novembro de 2011, tendo sido aplicado a 70 clientes da população alvo.

3.1.5. Método de análise, tratamento e interpretação dos dados

Com o término da colheita de dados por intermédio do questionário, efetuamos a sua análise estatística. A análise estatística descritiva recai num processo pelo qual pretendemos resumir um conjunto de valores numéricos por intermédio de técnicas estatísticas, e ainda permitir descrever as características da população alvo, como também os dados obtidos (FORTIN, 2009). Assim, os dados são apresentados sob a forma de quadros e tabelas, o que permite calcular o centro de dispersão dos valores atribuídos aos respetivos dados, isto com o auxílio das características das distribuições de frequências.

Como preconizado pela metodologia do Planeamento em Saúde, utilizamos a estatística descritiva para tratamento dos dados obtidos, com o auxílio do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19, o mesmo permitiu efetuarmos a caracterização da população alvo de estudo, e concomitantemente o respetivo tratamento estatístico de dados (MARÔCO, 2010).

Desta forma, para a análise e tratamentos de dados recorreremos às distribuições de frequências (relativa e absoluta). Salientamos ainda que a frequência relativa acumulada

é similar à frequência acumulada, o que as difere é na apresentação dos dados, pelo que estes são expostos em percentagens (FORTIN, 2009). Assim, apresentamos todos os dados obtidos em tabelas onde inserimos cada variável para com medidas de distribuição de frequências (absoluta e relativa) que correspondem às questões do instrumento da colheita de dados.

Na tabela 1 encontra-se caracterizada a variável sociodemográfica **Idade** da população alvo.

Tabela 1 – Caracterização da variável sociodemográfica: Idade

Idade	FA (N=70)	FR (%)
20-35	12	17.1%
36-45	21	30%
46-60	37	52.9%

Tal como podemos observar na tabela anterior, a **faixa etária** predominante da população alvo em estudo situa-se nas idades compreendidas entre os 46 e 60 anos que corresponde a 37 clientes.

Na tabela 2 estão descritas as **Habilitações Literárias** da população alvo em estudo.

Tabela 2 – Caracterização da variável sociodemográfica: Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	FA (N=70)	FR (%)
1º Ciclo	22	31.4%
2º Ciclo	17	24.3%
Secundário	15	21.4%
Bacharelato	2	2.9%
Licenciatura	13	18.6%
Mestrado	1	1.4%
Doutoramento	-	-

No que concerne às **Habilitações Literárias** da população alvo total, 22 clientes completaram o 1ºciclo; 17 e 15 clientes frequentaram respetivamente o 2ºciclo e secundário; 2 clientes possuem Bacharelato; 13 e 1 clientes completaram estudos superiores, nomeadamente o curso de Licenciatura e Mestrado, respetivamente.

A caracterização da variável sociodemográfica **Estado Civil** das clientes está representada na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da variável sociodemográfica: Estado Civil

Estado Civil	FA (N=70)	FR (%)
Solteira	14	20%
Casada	35	50%
Divorciada	15	21.4%
União de Facto	3	4.3%
Viúva	3	4.3%

Quanto à variável **Estado Civil** obtivemos resultados heterogéneos, sendo que 35 clientes estão casadas, 14 permanecem solteiras; 15 encontram-se divorciadas; e ainda 3 clientes em união de facto e 3 viúvas.

No que concerne a variável **Profissão** está descrita na tabela 4.

Tabela 4 – Caracterização da variável sociodemográfica: Profissão

Profissão	FA (N=70)	FR (%)
Assistente Operacional	45	64.3%
Enfermeira	4	5.7%
Assistente Social	3	4.3%
Fisioterapeuta	2	2.9%
Empregada de Limpeza	5	7.1%
Terapeuta Ocupacional	2	2.9%
Técnica Administrativa	4	5.7%
Psicóloga	1	1.4%
Estudante	1	1.4%
Desempregada	3	4.3%

Relativamente à **Profissão**, a população alvo em estudo distribui-se por 10 profissões diferentes, sendo que assistente operacional é a predominante correspondendo a 45 clientes; 4 clientes são enfermeiras; outras 5 empregadas de limpeza; 3 assistente social; 2 fisioterapeutas; 2 terapeuta ocupacional; 4 técnicas administrativas; 3 encontram-se no desemprego; apenas 1 cliente encontra-se a estudar e outra exerce função de psicóloga.

A caracterização da variável **Nº de filhos** encontra-se representada na tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização da variável sociodemográfica: Nº de filhos

Nº de filhos	FA (N=70)	FR (%)
Sem filhos	11	15.7%
1	13	18.6%
2	30	42.9%
3	9	12.9%
4	3	4.3%
5	1	1.4%
6	1	1.4%
7	1	1.4%
8	1	1.4%

Face à variável **Nº de filhos** 30 clientes possuem 2 filhos sendo a que predomina com maior número de filhos, comparando com as restantes em que 11 clientes não possuem filhos; já 13 clientes têm apenas 1 filho; 9 clientes possuem 3 filhos; 3 clientes detêm 4 filhos; e ainda 4 clientes possuem 5, 6, 7 e 8 filhos respetivamente.

Às questões da segunda parte do questionário achamos pertinente expor as respostas como *missing*, isto é valores que por definição não entram nas análises estatísticas (não se obteve resposta) (FORTIN, 2009).

A primeira questão começava por abordar se **já ouviram falar em CCU?** Cerca de 69 participantes respondem afirmativamente e 1 negou ter ouvido falar desta problemática. Relativamente aos dados obtidos à questão **os fatores de risco associados ao CCU** encontram-se expostos na tabela 6.

Tabela 6 – Análise de informação acerca dos Fatores de Risco

FATORES DE RISCO	FA (N=70)	FR (%)
Múltiplos Parceiros Sexuais	44	62.9%
Idade	19	27.1%
Falta de exercício físico	8	11.4%
Ausência de actividade sexual	4	5.7%

Assim, observamos que 44 clientes têm noção que os “*múltiplos parceiros sexuais*” são o fator principal no aparecimento do CCU, 19 clientes optaram pela “*idade*”, enquanto 8 e 4 clientes acham que a “*falta de exercício físico*” e “*ausência de atividade sexual*”,

respetivamente são também fator de risco. Após consultarmos alguma bibliografia constatamos que os fatores de risco com maior impacte associados ao desenvolvimento do CCU e que por sua vez incidiram na maioria das respostas que obtivemos são os múltiplos parceiros sexuais e a idade; outros a ter em conta são o início da atividade sexual precoce, sistema imunitário comprometido (historial de doenças sexualmente transmissíveis/ défice nutrição) e tabagismo, todos eles têm sido sinalizados como fatores que favorecem a infecção pelo HPV e concomitantemente predisponentes ao desenvolvimento do CCU (PHIPPS; SANDS; MAREK, 2003; LEAVER e LABONTE, 2010).

No que respeita à **sintomatologia** engloba duas questões, a primeira **o CCU pode ter sintomas?** à mesma 56 participantes respondem afirmativamente e 14 negativamente. Tal como reforça a literatura em determinadas situações clínicas, nomeadamente numa fase precoce, pode ser silencioso o aparecimento desta doença oncológica (LEAVER e LABONTE, 2010). Relativamente à segunda questão **quais os sintomas associados ao CCU** podemos observar na tabela 7.

Tabela 7 - Análise de informação acerca dos Sintomas

SINTOMAS	FA (N=62)	FR (%)
Perda de sangue anormal	47	67.1%
Ardência	7	10%
Infecção urinária	5	7.1%
Ausência de menstruação	3	4.3%

Cerca de 47 clientes optaram pela resposta “*perda de sangue anormal*”; ao passo que 7, 5, e 3 clientes respetivamente acham que a presença de “*ardência; infecção Urinária e ausência de menstruação*” são sintomas associados ao CCU. Os sinais e/ou sintomas mais comuns ao CCU são a perda de sangue anormal, dificuldade ou dor ao urinar, algias intensas na zona pélvica ou durante o acto sexual (PEATE, 1999; PHIPPS; SANDS; MAREK, 2003).

À questão **o CCU pode ser causado por um vírus?** cerca de 56 participantes respondem afirmativamente, 10 negativamente e 4 participantes não responderam à questão. Quanto à questão relacionada com o principal **vírus responsável pelo aparecimento do CCU** observamos na tabela 8.

Tabela 8 - Análise de informação acerca do Vírus

VÍRUS	FA (N= 55)	FR (%)
Sida	1	1.4%
HPV	50	71.4%
Herpes	1	1.4%
Hepatite	3	4.3%

Uma grande homogeneidade de respostas na variável “*vírus do papiloma humano (HPV)*” selecionada por 50 participantes, 3 clientes responderam “*hepatite*”, e outras 2 clientes responderam “*síndrome da imunodeficiência humana (SIDA)*” e “*herpes*”. Destes resultados, 15 participantes não forneceram qualquer tipo de informação. Por intermédio de diversa bibliografia consultada certificamos que o vírus HPV é sem qualquer dúvida o responsável pelo aparecimento e desenvolvimento do CCU (RAMQVIST e DALIANIS, 2010; LEAVER e LABONTE, 2010).

Relativamente ao **diagnóstico do vírus HPV** responsável pelo aparecimento do CCU, de acordo com os resultados apresentados na tabela 9.

Tabela 9 - Análise de informação acerca do Diagnóstico do Vírus HPV

DIAGNÓSTICO	FA (N= 70)	FR (%)
Análises urina	1	1.4%
Análises sangue	8	11.4%
Citologia	50	71.4%
Radiografia	1	1.4%
Eco pélvica	10	14.3%

Constatamos que 50 clientes selecionaram a resposta “*citologia*”; que 10, 8, e ainda 2 clientes acham que o vírus HPV pode ser diagnosticado através da “*eco pélvica, análises ao sangue, análises à urina*” e ainda por “*radiografia*”, respetivamente. É de salientar que o aparecimento do CCU pode ser impedido através da realização de citologia (teste papanicolau), sendo considerado o único exame eficaz ao diagnóstico do vírus HPV (PEATE, 1999).

Uma das **formas de prevenir** o aparecimento do CCU é a **vacinação**. Constatamos através dos dados que 57 clientes têm noção que existe esta medida de prevenção, ao invés de 12 terem negado a mesma, apenas não obtivemos resposta de 1 cliente. Quanto à **altura em que deve ser feita a vacinação** podemos visualizar a tabela 10.

Tabela 10 - Análise de informação acerca da Vacinação

VACINAÇÃO	FA (N= 56)	FR (%)
Em qualquer idade	11	15.7%
Antes início atividade sexual	42	60%
Após início atividade sexual	1	1.4%
Depois da menopausa	2	2.9%

Os dados revelam que 42 clientes têm noção que a vacina deve ser administrada “antes de iniciar a atividade sexual”; 11 clientes acham que poderá vacinar-se “em qualquer idade”; 1 e 2 clientes selecionaram as respostas “após o início da atividade sexual” e “depois da menopausa”. Verificamos ainda que 14 clientes não forneceram a sua opinião. A vacinação contra o HPV deve iniciar-se aos 9 -13 anos, preferencialmente não tenham iniciado a atividade sexual (THOMAS, 2008; LEAVER e LABONTE, 2010). Quanto à questão direcionada ao **início da realização do RCCU**, como podemos verificar na tabela 11.

Tabela 11 – Análise de informação acerca do início do rastreio do CCU

INÍCIO DO RCCU	FA (N= 70)	FR (%)
Antes início atividade sexual	11	15.7%
Após início atividade sexual	37	52.9%
Depois dos 18 anos	12	17.1%
Na menopausa	10	14.3%

As respostas recaíram com grande incidência na variável “após o início da atividade sexual”, seguidamente 12, 11 e 10 participantes acham que o rastreio deve iniciar-se respetivamente “depois dos 18 anos”; “antes do início da atividade sexual” e “na menopausa”. Segundo LEAVER e LABONTE (2010) o RCCU deve iniciar-se 2-3 anos após o início da atividade sexual na vida da cliente.

À questão **alguma vez realizou o exame preventivo do CCU?** constatamos que 42 participantes respondem afirmativamente e 28 negativamente, o que significa que 40%

da população alvo nunca realizou o exame preventivo – rastreio. Daí a importância, sensibilizarmos a população alvo acerca da finalidade do RCCU, pois acreditamos que o desconhecimento contribui para aumentar a falta de adesão à realização do mesmo (MERIGHI; HAMANO; CAVALCANTE, 2002). Relativamente à questão **com que regularidade faz o exame preventivo do CCU?** Como podemos observar na tabela 12.

Tabela 12 - Análise de informação acerca da regularidade de realização do rastreio CCU

REGULARIDADE QUE FAZ RCCU	FA (N= 43)	FR (%)
Uma vez por ano	20	28.6%
De dois em dois anos	9	12.9%
De três em três anos	4	5.7%
De cinco a dez anos	10	14.3%

As respostas recaem maioritariamente na variável “*uma vez por ano*”, as restantes opções foram distribuídas pelas variáveis “*de 5 a 10 anos*”; “*de 2 em 2 anos*” e de “*3 em 3 anos*”. Nesta variável obtivemos um *missing* de 27, ou seja não obtendo tal informação ficamos sem saber se não responderam porque não fazem com regularidade (falta de adesão ao rastreio) ou não têm conhecimento relativamente ao mesmo. A literatura reforça que a regularidade do RCCU depende de critério clínico, no entanto a periodicidade recomendável incide num exame anual (durante dois anos consecutivos, com resultados negativos), após estes resultados passará a um intervalo trianual (MERIGHI; HAMANO; CAVALCANTE, 2002).

Relativamente à questão **o exame de RCCU é também conhecido**, tabela 13.

Tabela 13 - Análise de informação acerca do exame preventivo do CCU

EXAME PREVENTIVO DO CCU	FA (N= 66)	FR (%)
Prova Mantoux	1	1.4%
Cistoscopia	2	2.9%
Papanicolau	63	90%

A variável teste “*papanicolau*” foi selecionada por 90% da população alvo. Tendo havido 2 e 1 cliente que responderam, respetivamente “*cistoscopia*” e “*prova de mantoux*”.

Obtivemos um *missing* de 4. O RCCU faz-se através de citologia, mais conhecido por exame de Papanicolau (ECCA, 2008).

À questão **é fácil obter informação acerca do CCU?** Cerca de 57 participantes respondem afirmativamente e 13 negativamente. E **de que forma obteve informação acerca do CCU?** Como podemos visualizar na tabela 14.

Tabela 14 - Análise de informação acerca de Formas de obtenção de informação

OBTENÇÃO DE INFORMAÇÃO	FA (N =70)	FR (%)
Meios de Comunicação	31	44.3%
Centro de Saúde/ Planeamento Familiar	20	28.6%
Ginecologista	19	27.1%

Obtivemos respostas díspares, sendo a variável “*meios de comunicação*” a mais selecionada por 31 participante; seguindo a resposta “*centro de saúde/planeamento familiar*” à qual respondem 20 clientes; e por último a resposta “*ginecologista*” foi selecionada por 19 clientes.

As respostas à questão **o CCU quando detetado tardiamente**, expostas na tabela 15.

Tabela 15 - Análise de informação acerca do CCU detetado tardiamente

CCU DETETADO TARDIAMENTE	FA (N= 70)	FR (%)
É inofensivo	1	1.4%
Pode provocar a morte	63	90 %
Pode causar desconforto passageiro	6	8.6%

Incidiram 90% na variável “*pode provocar a morte*”. As respostas obtidas “*é inofensivo*” e “*pode causar desconforto passageiro*” às quais responderam 1 e 6 clientes, respetivamente revelam a presença de conhecimento deficiente face à presente temática. O CCU é evitável e favorecedor ao prognóstico quando detetado e tratado precocemente, nas situações em que é diagnosticado numa fase tardia o prognóstico torna-se mais reservado podendo progredir para uma situação inadiável, a morte (PEATE, 1999).

À questão **sempre que se apercebe de uma infecção vaginal o que faz?** Como podemos verificar na tabela 16.

Tabela 16 - Análise de informação acerca da atuação da cliente na presença de infeção vaginal

ATUAÇÃO DA CLIENTE FACE A INFEÇÃO VAGINAL	FA (N= 67)	FR (%)
Procura medicina natural	4	5.7%
Aguarda resolução espontânea	8	11.4 %
Recorre a um profissional de saúde	55	78.6%

Constatamos os comportamentos das participantes através das respostas obtidas, nomeadamente 55, 8 e 4 clientes selecionaram, respetivamente “*recorro a um profissional de saúde*”, “*guardo que a infeção se resolva espontaneamente*” e “*procuro resposta na medicina natural*”. Obtivemos um *missing* de 3.

Através das respostas obtidas, à questão **que dúvidas gostaria de ver esclarecidas sobre o CCU?** Observamos na tabela 17.

Tabela 17 - Análise de informação acerca das dúvidas que a população alvo deseja esclarecer

DÚVIDAS A ESCLARECER	FA (N= 70)	FR (%)
Causas	8	11.4 %
Sinais e sintomas	38	54.3%
Formas de prevenção	20	28.5%
Exames de diagnóstico	4	5.71%

Que a variável “*sinais e sintomas*” são os mais desconhecidos para cerca de 38 participantes; seguindo-se o desejo de esclarecer quais as “*formas de prevenção*”; “*causas*” e por último “*exames de diagnóstico*” às quais respondem 20, 8 e 4 participantes, respetivamente.

Com o término da análise e tratamento dos dados obtidos, constatamos que de um modo geral as participantes revelam algumas lacunas de conhecimento face ao CCU e especialmente no que respeita à regularidade da realização do RCCU, o que compromete, de certa forma, a vigilância de saúde desta população alvo. Através destes resultados delineamos a formulação dos diagnósticos de enfermagem.

3.1.6. Diagnósticos de Enfermagem

Com os resultados obtidos dos questionários aplicados, formulamos alguns diagnósticos de enfermagem. Na sua formulação, recorremos à Taxonomia NANDA sendo a que se complementa com maior proximidade ao Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, em que os próprios diagnósticos estão direcionados às estratégias de Educação para a Saúde.

A priorização dos diagnósticos é elaborada com base nas necessidades de clientes, famílias e comunidades (NANDA, 2010). Os diagnósticos de enfermagem que formulamos de acordo com a Taxonomia NANDA e relacionando-os com os resultados obtidos, assentam particularmente no conhecimento deficiente; falta de adesão e comportamento de saúde.

Constatamos a existência de um **conhecimento deficiente** sendo caracterizado pela “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico” (NANDA, 2010, p.198). De acordo, com a presente temática o déficit de conhecimento que algumas clientes possuem acerca do CCU, incide em conhecer quais os fatores de risco, sintomatologia, vírus responsável e respetivo diagnóstico, podemos relacionar este déficit de conhecimento com a falta de familiaridade com os recursos de informação existentes.

A **falta de adesão** é definida por NANDA (2010, p. 320) como o

“comportamento da pessoa e/ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde” e “na presença de um plano de promoção de saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa é total ou parcialmente não aderente”.

Este diagnóstico é notório na presente população alvo, relacionado por diversos fatores, tais como na falha em manter compromissos agendados, inflexibilidade nos horários laborais, receio na realização do exame de RCCU e desconhecimento do respetivo programa de rastreio na USDJDB (rastreio gratuito e possibilidade de acompanhamento e vigilância da saúde pelo ginecologista da unidade, posteriormente).

Quanto ao **comportamento de saúde** que visa “...comportamentos de forma compatível com mudanças no estado de saúde” (NANDA, 2010, p. 269). O primeiro impacto que obtivemos por parte da população alvo recaiu numa atitude negativa em relação aos cuidados de saúde, déficit na condição económica, assim como um apoio

social inadequado. Ao anunciarmos a existência do programa de RCCU, observamos alguma mudança no comportamento das clientes, isto é demonstraram-se receptivas à realização do rastreio após conhecimento do respetivo programa.

Tal como NANDA reforça, o diagnóstico de Promoção de Saúde é o “comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humano (PENDER, MURDUAGH e PARSONS citados por NANDA, 2010, p. 407). Salientamos desta forma que os diagnósticos de enfermagem formulados cruzam-se com o modelo de base ao presente projeto, o Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender. Assim, denotamos que qualquer diagnóstico de enfermagem de Promoção de Saúde visa incentivar a cliente a adotar comportamentos saudáveis com o intuito de aumentar o bem-estar e atingir um completo potencial de saúde humana.

3.2. Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades diz respeito ao processo de tomada de decisão. Permite uma eficiente utilização dos recursos, ao apontar quais os problemas nos quais se pode e deve intervir, e determinar a ordem pela qual se deve atuar (TAVARES, 1990).

Com a formulação dos diagnósticos de enfermagem ficamos a conhecer as maiores necessidades da população alvo em estudo, assim para determinar as prioridades das mesmas optamos pela utilização do Método Hanlon. Esta técnica permite determinar prioridades, através da ponderação de diversos critérios, como a Amplitude ou magnitude do problema (A); Gravidade do problema (G); Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema (E) e a Exequibilidade do projecto ou da intervenção (I), que se relacionam através da fórmula $(A + G) \times I$. Ao critério amplitude atribuímos o número de clientes que possuem défice de conhecimentos acerca do CCU, expresso nos pesos. A gravidade de cada problema é avaliada numa escala de 0 a 10 (este peso corresponde à maior gravidade), segundo critérios adequados ao mesmo. A eficácia relaciona-se com o grau de facilidade da solução, variando numa ordem crescente de 0,5 a 1,5 (o valor 0.5 corresponde a um problema de mais difícil solução). A exequibilidade é calculada através de cinco critérios: pertinência (P), exequibilidade económica (E), aceitabilidade (A) e disponibilidade de recursos (R), classificados com “sim” ou “não”, com valores respetivos de 1 ou 0 (o “não” corresponde à eliminação do problema).

Para a amplitude do problema, recorreu-se aos dados colhidos através do questionário, de forma a determinar o número de pessoas afetadas por cada diagnóstico. Na gravidade do problema, ponderou-se cada diagnóstico de enfermagem, na capacidade de suscetibilizar incidência e mortalidade, com recorrência aos dados estatísticos a nível nacional. Na eficácia da solução e exequibilidade da intervenção, ponderou-se o tempo possível de intervenção (cerca de 4-6 semanas), a preparação académica e profissional da mestrandia face às intervenções possíveis em cada diagnóstico, assim como o apoio dos recursos humanos da USDJDB. A determinação das prioridades encontra-se representada no Quadro 2.

Quadro 2 – Priorização dos problemas segundo o Método de Hanlon

Diagnósticos	Amplitude		Gravidade		Eficácia		Exequibilidade				Resultado
	N	Peso	Incidência	Mortalidade	Grau de dificuldade da solução	Peso	Pert. (P)	Exeq (E)	Aceit. (A)	Disp (R)	
Factores Risco	8	6	8	8	difícil	1	1	1	1	1	88
Sintomas	15	8	10	10	difícil	1	1	1	1	1	112
Formas Prevenção	11	6	10	10	difícil	1	1	1	1	1	104
Vigilância de saúde	37	10	10	10	difícil	1	1	1	1	1	120
Comportamentos Saúde	12	8	10	10	difícil	1	1	1	1	1	112

De acordo com os resultados obtidos no Quadro 2, verificamos que a vigilância de saúde (rastreamento) revela maior priorização, seguidamente os sintomas e comportamentos de saúde possuem o mesmo score e por último as formas de prevenção e fatores de risco. Por questões de limitação temporal tivemos de optar pelo problema que revelou maior priorização em termos de intervenção, a vigilância de saúde. No entanto, os restantes não foram desprezados, uma vez que para dar resposta à vigilância há a necessidade de sensibilizar a população alvo face ao défice de conhecimento que possui acerca do CCU, assim como também capacitar a mesma na adopção de comportamentos de saúde. Só assim é possível aproximar a população alvo à adesão de uma vigilância adequada e regular à própria saúde.

Esta etapa do Planeamento em Saúde não significa desconhecer outros problemas identificados no diagnóstico de situação, mas sim obtermos a direção que o projeto deve

prosseguir. Para tal, devemos proceder à fixação de objetivos, cuja finalidade será precisar quais os resultados que se pretendem obter, relativamente a quem, em que tempo e em que local a desenvolver (TAVARES, 1990).

3.3. Fixação de Objetivos

A metodologia do Planeamento em Saúde exige, após priorização dos diagnósticos encontrados, a elaboração de objetivos, através da “selecção dos indicadores dos problemas prioritários; determinação da tendência, projecção e previsão dos problemas prioritários; fixação dos objectivos a atingir; tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas” (TAVARES, 1990, p. 120 citando IMPERATORI e GIRALDES, 1982).

No que concerne aos objetivos, segundo TAVARES (1990), devem basear-se em cinco elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou fracasso; a população alvo do projeto; a área de aplicação e a delimitação temporal.

Assim, nesta fase, foi fixado o objetivo geral, detalhado em vários objetivos específicos, com uma função determinante na orientação da intervenção e avaliação. Segundo os elementos supracitados, o projeto teve como **objetivo geral** *capacitar a população alvo (clientes com idades compreendidas entre os 20 – 60 anos) para a adesão ao rastreio do Cancro do Colo do Útero, na Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro, da SCML, de Setembro de 2011 a Fevereiro de 2012.*

Como **objetivos específicos** pretendemos:

- a) Contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre os fatores de risco, sintomatologia e formas de prevenção do CCU;
- b) Divulgar informação acerca das normas e condições do programa do RCCU que decorre na USDJDB;
- c) Atingir uma taxa de adesão ao rastreio, igual ou superior a 80% da população alvo;
- d) Promover a adesão ao rastreio como veículo de vigilância de saúde à população alvo;
- e) Garantir o diagnóstico e o tratamento da patologia detetada, de acordo com as recomendações existentes, a 100% da população alvo.

Como pressuposto na metodologia do Planeamento em Saúde, cada um destes objetivos foi convertido em metas ou objetivos operacionais, que são enunciados dos

resultados desejáveis convertidos em indicadores de processo, com mensuração a curto prazo (TAVARES, 1990). Seguindo a mesma ordem dos objetivos específicos, definiram-se as seguintes **metas**:

- a) Que a população alvo adquira conhecimentos acerca dos fatores de risco, sintomatologia e formas de prevenção do CCU;
- b) Que a população alvo retenha quais os critérios de inclusão e exclusão ao programa de RCCU;
- c) Que seja possível atingir uma taxa de adesão ao rastreio igual ou superior a 80% da população alvo;
- d) Que a população alvo seja recetiva à adesão ao rastreio, como veículo de vigilância à sua saúde;
- e) Que o diagnóstico e tratamento seja garantido na presença de lesões detetadas, de acordo com as recomendações existentes a 100% da população alvo.

Após a operacionalização dos objetivos conduziu-se à seleção de estratégias de atuação.

3.4. Seleção de Estratégias

As estratégias constituem “o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários (...) em termos inovadores e criativos”, de forma a “alcançar os objectivos fixados” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 87), pelo que tivemos em consideração as características da intervenção, de acordo com as especificidades que a população alvo possui.

Tal como já mencionamos anteriormente, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender permite implementar e avaliar ações, nomeadamente os comportamentos que visam a Promoção de Saúde. Assim, por intermédio de determinadas componentes, nomeadamente as características e experiencias individuais; sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento e ainda o comportamento de saúde desejável pretendemos que as clientes sejam recetivas à informação por nós divulgada, de modo a que as mesmas adquiram conhecimentos que favoreçam a mudança dos seus comportamentos de saúde. Tal como estes autores reforçam “para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem” (CARVALHO e CARVALHO, 2006,

p.21). Isto é, com a determinação das prioridades verificamos que há necessidade de trabalhar a população alvo de forma a colmatar o défice de conhecimentos que possuem acerca do CCU, clarificar a falta de adesão ao rastreio como forma de vigilância de saúde por intermédio de um plano de ação – Educação para a Saúde. Para PENDER Educação para a Saúde “focuses on learning activities and experiences for individuals and groups” (PENDER; MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 28). Para que a Educação para a Saúde não seja transformada numa mera transmissão de informação e favoreça a aquisição de comportamentos saudáveis, requer um planeamento prévio à sua execução. Assim, cabe ao enfermeiro proporcionar métodos educativos que favoreçam a aprendizagem e que conduzam à adoção de comportamentos saudáveis (CARVALHO e CARVALHO, 2006).

Paralelamente ao Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, aplicamos também a Teoria Cognitiva. Achamos a mais adequada, uma vez que ao alterar os padrões psicológicos e fornecer informação, pretende-se que o comportamento das clientes seja alterado (LANCASTER; ONEGA e FORNESS, 2000). Isto de acordo com a presente temática, o educador fornece informação acerca do CCU (fatores de risco, formas de prevenção, vigilância de saúde, entre outros), de modo a mudar normas dos pensamentos das clientes, cujo objetivo será atingir mudanças comportamentais, ou seja que as mesmas comecem a ter uma vigilância adequada à sua saúde e concomitantemente prevenção do aparecimento de lesões neoplásicas.

Desta forma, podemos adiantar que atuamos ao nível da prevenção primária e secundária. Na prevenção primária sensibilizamos a população alvo à aquisição de conhecimentos acerca do CCU, por intermédio de sessões de Educação para a Saúde. Na prevenção secundária delineamos intervenções na colaboração de realização dos rastreios. Cujo grande objetivo seria detetar a presença de lesões precocemente, de modo a diminuir a sua incidência, promover o tratamento atempado, aumentar a sobrevivência das clientes diagnosticadas com esta doença e fazer o diagnóstico precoce a todas as clientes assintomáticas.

Após detetarmos as necessidades e/ou problemas de saúde desta população alvo, achamos pertinente traçar um programa educativo com vista a dar resposta aos mesmos. A grande preocupação que se instalou relaciona-se com os níveis de aprendizagem que as clientes possuem acerca das tomadas de decisão e concomitantemente modificarem o seu comportamento. Assim, para realizar uma Educação para a Saúde eficaz devemos alicerçar-nos em três domínios: cognitivo (pensar - adquirir conhecimentos), afetivo (sentir

- demonstrar aprendizagem, de modo a que haja mudanças nos comportamentos) e psicomotor (agir – ser capaz de fazer, ou seja inclui o desempenho de atividades). Atuar para uma educação efetiva dos grupos é um meio eficaz e poderoso de iniciar e implementar mudanças nos clientes, isto porque a intervenção de Enfermagem torna-se fulcral no que concerne à identificação das necessidades prioritárias da comunidade para a mudança de saúde individual (ONEGA e DEVERS, 2010).

Deste modo, propusemos estratégias de acordo com o domínio cognitivo (divulgação de informação por intermédio de Sessões Educativas acerca do CCU e RCCU); e afetivo (promover a adesão das clientes ao RCCU) através de recursos e métodos ativos, expositivos e interrogativos.

Sabemos que a literatura reforça a ideia de que a Enfermagem Comunitária se encontre orientada para a comunidade, no entanto há autoras que afirmam que os “enfermeiros de saúde comunitária (...) podem ter orientação clínica para o indivíduo como cliente e (...) combinam estratégias focadas na população e estratégias de cuidados clínicos directos que servem populações definidas” (WILLIAMS e STANHOPE, 2011, p. 15).

Relativamente à população alvo traçamos estratégias educativas diferentes, tendo em conta a faixa etária e as necessidades de aprendizagem diferentes, pelo que organizamos o grupo de acordo com estes critérios. A caracterização sociodemográfica da população alvo também providenciou informação útil à seleção de estratégias, nomeadamente as habilitações literárias, cujo nível mínimo constatado foi a escolaridade básica, o que possibilitou actividades com leitura e escrita. Tal como os autores reforçam “health literacy skills enable clients and families to participate fully in health promotion activities and practice self-care behaviors to promote wellness” (PENDER; MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.267 citando NUTBEAM, 2008).

Nesta etapa, foi ainda avaliada a disponibilidade dos recursos humanos e materiais necessários às intervenções, de modo a garantir a continuidade do projeto. Os obstáculos potenciais e reais passaram pela dimensão da população alvo (N=70), o que nos dificultou em termos de organizações de grupos às respetivas sessões educativas, outro aspeto foi o facto da maioria das clientes trabalharem em regime de *roullement* o que complicou a programação dos rastreios.

Como já mencionamos a estratégia de eleição com vista às necessidades da população alvo, recai na Educação para a Saúde. Assim, a descrição da estratégia que

pretendemos desenvolver incide em rastrear as clientes do CASL com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos, inscritas na USDJDB; cumprir efetivamente as normas já estipuladas no programa de RCCU; em colaboração com a Enf.^a Orientadora e a Enf.^a responsável pela consulta de Ginecologia/ Planeamento Familiar; desenvolver ações de Educação para a Saúde acerca do CCU, nomeadamente as formas de prevenção e de diagnóstico de acordo com as faixas etárias das clientes; sensibilizar toda a população alvo a adotar comportamentos promotores de saúde e cumprir uma vigilância de saúde regular.

Como podemos observar no APÊNDICE V todas as atividades delineadas foram executadas conforme inicialmente planeadas.

3.5. Preparação Operacional - programação

Segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, as estratégias são concretizadas através de atividades, num período de tempo bem delimitado ao qual se designa de projeto (IMPERATORI e GIRALDES, 1993). Um projeto é considerado como “uma proposta destinada à produção de algum bem ou algum serviço com vista a obter um determinado resultado, melhorando a capacidade operativa do sistema”, de modo a “atingir os objectivos de saúde do plano” com um “prazo fixo, destinado a materializar uma ideia concreta” (DURÁN, 1989, p.189).

Assim, neste subcapítulo descrevemos a preparação de toda a execução, como também cada atividade realizada. Uma atividade “é um conjunto de tarefas que devem realizar-se coordenadamente para chegar ao fim desejado” (DURÁN, 1989, p.131).

Nesta etapa, a partir dos objetivos e estratégias eleitas, surgiram diversas atividades, as quais foram ponderadas com os diferentes atores envolvidos, como também foram executadas de acordo com a priorização encontrada. Na execução de cada atividade, relativamente aos objetivos específicos tivemos em consideração quais os métodos e técnicas pedagógicos a adotar. Sendo que são indispensáveis a qualquer contexto formativo, uma vez que o método “é o caminho que medeia entre o acto de ensinar e o acto de aprender” (TRINDADE, 1999 citado por RODRIGUES e FERRÃO, 2006, p.127), enquanto a técnica “é a operacionalização de um meio, ou conjunto de meios”, utiliza-se como “meio de atingir um resultado” (RODRIGUES e FERRÃO, 2006,

p.128). Desta forma, descrevemos quais as atividades que por intermédio do método e técnica dão resposta aos objetivos específicos inicialmente delineados (APÊNDICE VI).

Todo o planeamento e execução das respetivas atividades passaram por um processo de agendamento, de acordo com a disponibilidade da população alvo e rotinas da própria unidade de saúde. Desta forma, realizamos diversas reuniões quer com a Enf.^a do conselho técnico, quer com a diretora do CASL com o intuito de calendarizar as atividades, assim como realizar uma prévia previsão dos recursos materiais existentes tendo em conta a duração das respetivas atividades; executamos diversos contactos telefónicos e diretos à população alvo, de modo a agendar o rastreio de acordo com a flexibilidade do seu horário laboral. A especificação detalhada das atividades consiste em definir de forma pormenorizada os resultados a obter com o projeto, pelo que é fundamental elaborar uma lista das atividades do projeto e precisar como cada actividade deve ser efectuada; determinar quais as necessidades em recursos ao longo do desenvolvimento do projeto e ainda delinear um cronograma detalhado da sua execução (IMPERATORI e GIRALDES, 1993). Desta forma, a especificação de cada atividade abarca diversos parâmetros, nomeadamente o tipo de *atividade*, *quem* realizou, *quando* foi efetuada, *onde* se realizou, *como*, qual o *objetivo que se pretendia atingir* e a *avaliação* da respetiva atividade (TAVARES, 1990). Elaboramos assim, a especificação da atividade “Sessão de Educação para a Saúde” e “Rastreio do Cancro do Colo do Útero” com base nos parâmetros supracitados (APÊNDICE VII).

As atividades abaixo descritas encontram-se por ordem cronológica de execução, tendo sido denominadas de **A** e apresentadas de forma mensurável (número de atividades realizadas), ou seja, desde a atividade A1 à A11. Às mesmas adicionamos a justificação, preparação e narração da sua execução:

A1: Critérios de Inclusão e Exclusão ao programa de RCCU

Aquando da distribuição do instrumento da colheita de dados, distribuímos uma lista que descreve os critérios de inclusão e exclusão ao programa de rastreio (APÊNDICE VIII).

A2: Cartaz de divulgação das sessões educativas

Realizamos um cartaz de divulgação das sessões educativas, de modo a sensibilizar a população alvo a participar nas mesmas. Os mesmos foram distribuídos pela USDJDB e CASL nos locais mais frequentados pelas clientes (APÊNDICE IX).

A3: Sessões de Educação para a Saúde, sob o tema “Cancro do Colo do Útero – Conhecer para prevenir”

Sendo 70 clientes, participantes neste estudo, e as mesmas trabalharem em regime de *roullement*, achamos pertinente realizar três sessões de Educação para a Saúde, de modo a facilitar a interação e a presença da maioria das clientes. A realização destas sessões teve como objetivo sensibilizar as participantes acerca do CCU, com vista à aquisição de conhecimentos e adopção de comportamentos promotores de saúde (APÊNDICE X).

A4: Folheto Informativo “Rastreio do Cancro do Colo do Útero – Conhecer para prevenir”

Elaboramos e distribuímos folhetos informativos a todas as clientes que participaram nas sessões. Tais folhetos contêm um resumo da informação que foi divulgada em cada sessão educativa (APÊNDICE XI).

A5: Diploma de presença

Elaboramos um diploma de presença para cada cliente que presenciou as sessões educativas, o qual menciona o respetivo nome, tema da sessão, a data e duração da mesma (APÊNDICE XII).

A6: Cartaz de divulgação ao “Rastreio do Cancro do Colo do Útero”

Realizamos um cartaz de divulgação do rastreio, de forma a ser uma informação adicional à população alvo do presente projeto e restante comunidade que pertence à USDJDB. Este cartaz divulga o tipo de programa de rastreio que decorre na USDJDB, bem como do respetivo horário de funcionamento (APÊNDICE XIII).

A7: Convocação da população alvo ao rastreio

Para além do cartaz de divulgação do rastreio, achamos pertinente convocar a população alvo de forma individual através de contacto direto ou por via telefone; no momento da convocação realizamos também a colheita de dados sociodemográficos da cliente (APÊNDICE XIV), para posteriormente inserir no sistema informático *Vitacare*.

A8: Agendamento do rastreio

Só após a inserção dos dados pessoais da cliente no sistema informático, seria possível agendar o rastreio. Nesta fase de agendamento tivemos a preocupação de respeitar a disponibilidade e flexibilidade com o horário laboral da própria cliente.

A9: Realização do rastreio

No dia de realização do rastreio cada cliente efetuava a consulta de enfermagem onde validávamos o processo clínico completando os dados referentes à anamnese/história obstétrica da cliente e ainda facultávamos o consentimento informado (ANEXO V). Relativamente à colaboração na realização do rastreio desempenhamos diversas intervenções, tais como: informar e preparar a cliente para a realização do exame citológico; facultar o material de citologia ao ginecologista; rotular o produto com a identificação da cliente e enviar ao IPOL.

A10: Consultar o sistema informático Vitacare

O sistema informático *Vitacare* é um programa que foi instalado e patrocinado pelo IPOL, na consulta de Ginecologia da USDJDB que permite o acesso aos resultados das citologias e a data de realização de citologias anteriores, por intermédio deste programa de rastreio. Assim, passado 10 a 15 dias da realização dos rastreios foi possível consultarmos os resultados das citologias e recolha dos mesmos.

A11: Comunicação dos resultados dos rastreios

A comunicação dos resultados dos rastreios às clientes era efetuada de duas formas diferentes, caso o resultado fosse negativo comunicávamos a cliente por carta (via correio) (ANEXO VIII); caso nos deparássemos com resultados que possuísem alterações contactávamos a cliente por via telefone, mencionando apenas que “o seu exame tem algumas alterações, pelo que precisa de repetir e ser novamente observada pelo médico”, aquando a cliente recorria à USDJDB aí era então feito o encaminhamento e acompanhamento de acordo com a gravidade da situação clínica.

Com a descrição das atividades anteriormente mencionadas salientamos ainda alguns aspetos intrínsecos à presente etapa do Planeamento em Saúde: relativamente aos *orçamentos*, no que respeita aos recursos materiais fornecidos foram financiados pela própria, apenas o papel do álbum seriado foi facultado pela USDJDB. Não foram estipulados *regulamentos* específicos ao comportamento das participantes (TAVARES, 1990), apenas antes do início de cada sessão educativa solicitamos às clientes que interagissem no momento da aplicação do álbum seriado com a colocação de determinadas questões face à temática (APÊNDICE XV), de modo a percebermos que conhecimentos possuíam acerca do CCU antes e após a sessão.

Relativamente à *gestão de recursos humanos* tivemos a colaboração e o envolvimento da Sr.^a Diretora do CASL, que efetuou a distribuição das clientes pelos três dias de sessões programadas de acordo com o respetivo horário laboral. Tal como é

referido a *articulação intra-sectorial* abarca “diversos organismos no sector da saúde” (TAVARES, 1990, p.195). Como já mencionamos anteriormente, o facto de já existir articulação do programa de rastreio com o IPOL facilitou de certa forma a operacionalização do projeto. Desta forma, podemos associar o *sistema de informação* a um veículo que “satisfaz as necessidades em informação por parte de cada um dos seus sectores de funcionamento” (TAVARES, 1990, p.186). Estando já implementado facilitou-nos no processamento da informação recolhida, permitindo desta forma uma melhor gestão de tempo e um aumento da eficiência (TAVARES, 1990), sobretudo na mobilização de informação dos rastreios entre a USDJDB e o IPOL.

As *programações* das respetivas atividades desenvolveram-se de acordo com o cronograma pré-estabelecido que se traduz no gráfico de Gantt (APÊNDICE XVI). Este gráfico tem como finalidade para cada atividade a sua natureza e a sua duração, o tempo utilizado na sua realização e ainda o desenvolvimento do planeamento do projeto e o cumprimento das suas etapas (DURÁN, 1989).

Com esta etapa executada passamos à avaliação.

3.6. Avaliação

A etapa avaliação é fulcral na determinação da eficácia e pertinência do percurso realizado, confrontando os objetivos com as estratégias realizadas (TAVARES, 1990). Como última etapa do Planeamento em Saúde, alude ao aspeto cíclico da metodologia, pois apresenta, com efeito, um novo diagnóstico de situação, motivando muitos outros projetos (TAVARES, 1990). Se na fase de diagnóstico se compara a situação atual de saúde da população alvo com a ideal, a avaliação descortina em que medida o projeto permitiu uma aproximação de ambas. A função primordial da avaliação incide em “determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo” (TAVARES, 1990, p.205), ou seja “a existência de uma relação entre o projecto” com os “efeitos desejados” (TAVARES, 1990, p. 205 citando PINEAULT e DAVELUY, 1986).

Nesta etapa podemos ainda acrescentar que uma correta avaliação centra-se num acompanhamento sistemático da evolução das execuções e resultados do projeto (tendo por base quais os objetivos planeados e os atingidos; os recursos previstos com os utilizados; as atividades que foram planeadas e as que foram realizadas) (IMPERATORI e

GIRALDES, 1993). É através de *indicadores* que “conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 178).

De acordo com CARVALHO e CARVALHO (2006), o processo de avaliação apresenta duas perspetivas, por um lado, a averiguação do alcance dos objetivos propostos, por outro, a análise dos efeitos e impacte do projeto.

Na metodologia do Planeamento em Saúde, os *indicadores* classificam-se em *impacte ou resultado* e em *execução ou atividade*, ou seja ambos coincidem com a classificação das avaliações em processo e resultado (IMPERATORI e GIRALDES, 1993). Os *indicadores de impacte ou resultado* são os que fazem avaliações externas, ou seja os que medem o estado de saúde. Os *indicadores de atividade ou execução* são os responsáveis pelas avaliações internas que permitem medir a prestação de cuidados de saúde (TAVARES, 1990).

No presente projeto, como indicadores de processo, definimos o número de contactos directos e tempo médio, e o número de contactos por via telefone (para agendar os rastreios), consideradas as atividades base de todo o projeto. Assim, de 17 de Outubro de 2011 a 27 de Janeiro de 2012 realizamos 50 visitas ao CASL (das quais sete foram sem sucesso, na medida em que as clientes não se encontravam na instituição aquando a visitamos), com tempo médio de 15 a 20min. Às clientes que não conseguimos efetuar visita direta, procedemos por via telefone em que realizamos 13 telefonemas, com tempo médio de 5 min (momento em que agendávamos o rastreio e recolhíamos os dados pessoais de cada cliente).

No que respeita às atividades desenvolvidas ao longo do projeto, procedemos à sua avaliação, também por intermédio de indicadores de atividade ou execução. À atividade “**Sessões de Educação para a Saúde**” estipulamos indicadores para monitorização de atividades: o quociente entre o número de sessões realizadas sob o número de sessões previstas x 100; o indicador de avaliação de adesão englobava o quociente entre o número de clientes presentes na sessão pelo número de clientes convocadas x100; e ainda o indicador de avaliação de participação abarcava o quociente do número de clientes intervenientes (momento de interacção/avaliação) pelo número total de participantes na sessão educativa x100. Após a interpretação dos resultados podemos concluir que os objetivos para os indicadores anteriormente mencionados foram totalmente alcançados (APÊNDICE XVII).

À atividade **“Realização do Rastreio do Cancro do Colo do Útero”** estabelecemos também indicadores de monitorização, ou seja o indicador de avaliação de adesão em que revela o quociente do número de clientes aderentes ao rastreio pelo número de clientes convocadas x 100. Nesta atividade após a interpretação dos resultados de avaliação verificamos que o objetivo também foi totalmente alcançado (APÊNDICE XVIII). Relativamente aos *indicadores de impacte ou resultados* não foi possível avaliarmos por questões de contingência temporal. Podemos apenas salientar que a todas as clientes, cujos resultados dos rastreios revelaram alterações, efetuamos o devido encaminhamento médico, de modo a garantir o diagnóstico e tratamento face à lesão detetada. A formulação de indicadores de resultado, que refletem o impacte do projeto, revelou-se um desafio complexo, quer pelo tempo limitado para concretização do projeto, quer pela especificidade do problema que de acordo com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender visa avaliar e implementar comportamentos promotores de saúde. Este indicador só seria possível avaliar aquando a próxima realização do rastreio, mais especificamente após o ano corrente. De facto, para a mudança comportamental da população alvo, é necessário um período mais longo do que o definido para implementação deste projeto (CARVALHO e CARVALHO, 2006).

Relativamente à avaliação dos objetivos, optamos simplesmente por ponderar cada objetivo operacional e verificar o seu cumprimento. Consideramos ter atingido as metas propostas, uma vez que todas as atividades planeadas foram aplicadas à população alvo, nomeadamente o “atingir uma taxa de adesão ao rastreio igual ou superior a 80% da população alvo” foi visivelmente alcançado após a interpretação do indicador de monitorização ao qual obtivemos uma adesão de 83% à realização do rastreio (Quadro 3).

Quadro 3 - Avaliação das metas estabelecidas

METAS	AVALIAÇÃO
a) Que a população alvo adquira conhecimentos acerca dos fatores de risco, sintomatologia e formas de prevenção do cancro do colo do útero;	Por intermédio do álbum seriado, no decorrer da sessão educativa foi possível avaliarmos que através de 71% de participação das clientes demonstraram aquisição de conhecimentos.
b) Que a população alvo retenha quais os critérios de inclusão e exclusão ao programa de rastreio do cancro do colo do útero;	Aquando o agendamento do rastreio verificamos esta meta alcançada, nomeadamente quando referiam “esse dia não posso, estou menstruada” ou “a minha filha já tem 21 anos, mas ainda é virgem por isso não pode fazer o exame”
c) Que seja possível atingir uma taxa de adesão ao rastreio igual ou superior a 80% da população alvo;	Através do indicador de monitorização à realização do rastreio, obtivemos uma taxa de adesão de 83%.
d) Que a população alvo seja receptiva à adesão ao rastreio, como veículo de vigilância à sua saúde;	Verificamos uma boa adesão ao rastreio, sendo que 12 clientes não aderiram, visto terem realizado citologia há \leq de um ano.
e) Que o diagnóstico e tratamento seja garantido na presença de lesões detectadas, de acordo com as recomendações existentes a 100% da população alvo.	Após conhecermos os resultados dos rastreios, todos os que apresentaram lesões foi efectuado encaminhamento médico.

Nesta última etapa da metodologia do Planeamento em Saúde verificamos que o processo de avaliação inicia-se logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-o nas etapas subsequentes. Daí a importância de uma correta avaliação, pois só assim permite comparar o estado inicial e final da população alvo, antes e após a implementação de um projeto, relacionando as atividades efetuadas com os recursos dispendidos e ainda a adequação dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas (TAVARES, 1990).

4. LIMITAÇÕES DO PROJETO

Como mencionamos ao longo do relatório, o projeto apresentou algumas fragilidades no seu desenvolvimento. As mais determinantes relacionaram-se com a aplicação do instrumento da colheita de dados: o questionário (distribuição e recolha do mesmo pela população alvo, dado o elevado número de clientes); o agendamento dos rastreios foi outra das limitações, como um dos critérios à realização do mesmo incidia “não estar menstruada” e como também as clientes mencionaram que um dos aspectos à *falta de adesão* ao rastreio incidia na “inflexibilidade laboral”, tentamos desta forma programar o mesmo para quando se encontrava a exercer funções no turno da *Manhã*, de modo a que não tivesse deslocar-se propositadamente à realização do exame. Tendo por base os critérios estipulados, aconteceu com frequência a não comparência da cliente, pelo que tínhamos de entrar novamente em contacto telefónico ou direto para nova programação. Estas limitações afetaram a etapa do Diagnóstico de situação, em particular a interpretação dos resultados, como também a etapa da Preparação Operacional – programação (aplicação das atividades), e a avaliação do projeto, o que favoreceu alguns protelamentos nas várias etapas do cronograma previsto para com o reformulado (APÊNDICE I).

Contudo, surgiu uma oportunidade ímpar de integração e motivação da Equipa, com momentos de partilha, num despertar para o reconhecimento da importância desta temática, assim como a nossa identificação com a temática e percebida como elemento de referência na área. Pensa-se que esta realidade contribuiu de forma marcante para o desenvolvimento de competências especializadas, abaixo explicitadas.

A duração do estágio, de 18 semanas, condicionou a plena implementação de todas as etapas da Metodologia utilizada, em especial a avaliação, por inviabilizar a aplicação de indicadores de resultado (CARVALHO e CARVALHO, 2006).

5. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Este projeto, como momento culminante do percurso académico, permitiu-nos a mobilização dos saberes adquiridos durante a fase curricular, mas também da prática profissional, com horizonte concreto na aquisição de competências científicas, técnicas e relacionais especializadas em Enfermagem Comunitária.

De acordo com a CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM a comunidade define-se como “(...) um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, de condições, ou interesses comuns (...)” (CIPE®, 2005, p.171). Assim, a Enfermagem Comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade.

A reflexão sobre o caminho realizado teve subjacente o Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE (OE, 2009).

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de Saúde Pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. As competências específicas atribuídas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária são as seguintes: “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2010, p.2).

A estas competências é de extrema importância associar as competências do segundo ciclo do Processo de Bolonha que permitem garantir a continuidade do processo de desenvolvimento do ensino de Enfermagem, nomeadamente o *empowerment*.

Consideramos, desta forma que as principais competências desenvolvidas advêm da utilização da Metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente na avaliação do estado de saúde de grupos, famílias ou comunidades, e na planificação do projeto,

articulando esta metodologia com modelos de intervenção de Enfermagem Comunitária, neste caso, Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. O diagnóstico de situação possibilitou uma maior prática em técnicas de investigação, na colheita e tratamento de dados. A definição do foco de intervenção exigiu também a problematização do fenómeno no âmbito da Enfermagem Comunitária, em atenção ao contexto da USDJDB da SCML. Desta forma, foi possível reconhecer a associação do projeto ao Plano de Ação do programa de RCCU ao próprio PNS. As limitações com que nos deparamos impulsionaram o desenvolvimento de competências na coordenação e liderança do projeto, principalmente de motivação e formação da Equipa de Enfermagem da consulta de Ginecologia da USDJDB. Por outro lado, facilitou-nos a autonomia no planeamento e implementação das intervenções. Neste âmbito, foi possível estabelecermos contacto e usufruirmos de alguns recursos da comunidade. A prática reflexiva, com especial atenção aos valores ético-sociais dos grupos e/ou comunidades, sendo um dever de cada enfermeiro, impôs-se como potente instrumento, no desenvolvimento do projeto. A integração na Equipa de Enfermagem da consulta de Ginecologia da USDJDB, em especial a participação em reuniões de Equipa multiprofissional, permitiu a emissão de opiniões fundamentadas sobre a importância do programa de RCCU à comunidade desta zona geográfica. Como objetivo geral do próprio projeto, desenvolvemos ainda competências face ao processo de capacitação de grupos à adesão ao RCCU com vista a uma adequada vigilância de saúde, por intervenções ao nível de prevenção primária e secundária, alicerçadas no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender: Educação para a saúde.

De acordo com o Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus, adotado por Benner, concluímos nesta etapa do percurso formativo a manutenção no nível de “Iniciada” (BENNER, 2001), uma vez que o nível seguinte requer uma prática profissional de pelo menos um ano na área, o que no entanto não menospreza o desenvolvimento das competências supracitadas.

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, adota um entendimento profundo acerca dos problemas de saúde, a aquisição de uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, grupos e comunidade, de modo a proporcionar efetivos ganhos em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante o anterior exposto, podemos inferir que as doenças oncológicas retratam sem dúvida uma grande problemática de saúde nas populações. E como tal, o câncer ao enquadrar-se nas políticas de Saúde Pública requer linhas orientadoras de planejamento e gestão dos cuidados de saúde, no que respeita às medidas preventivas de combate a este problema oncológico.

O CCU sendo o foco da nossa temática, não é exceção de uma enorme preocupação de saúde no sexo feminino, no entanto há que realçar se diagnosticado ou detetado precocemente comporta enormes possibilidades de cura. Qualquer literatura reforça que a Educação para a Saúde e o rastreio são as estratégias preventivas mais sugeríveis a adotar, com vista ao declínio de incidência e mortalidade de casos com CCU. A Educação em Saúde “is an empowerment strategy to enable individuals and families to take responsibility for their health” (PENDER; MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.267 citando NUTBEAM, 2008). Seguindo a filosofia destes autores, qualquer cliente é responsável pela própria saúde, tendo capacidade para modificar ou adotar comportamentos e estilos de vida em prol da sua saúde.

A Enfermagem Comunitária distingue-se das demais especialidades pelo seu foco primário de atenção na comunidade e na Promoção da Saúde, como pilar da sua intervenção. A intervenção do enfermeiro é preponderante aos três níveis de prevenção pelas suas competências de educador, gestor de casos, advogado e prestador de cuidados, digamos que favorece o processo de capacitar a cliente à adesão ao RCCU. A relação que estabelece de confiança e empatia para com a cliente beneficia a transmissão de qualquer informação, proporcionando-lhe uma maior calma e tranquilidade ao lidar com a situação, o que torna uma mais-valia na oportunidade de expor dúvidas, modificar percepções e comportamentos de risco. Regra geral, mudar comportamentos não é tarefa fácil, contudo se existissem mais campanhas de sensibilização em Educação para a Saúde, talvez obtivéssemos uns indicadores favoráveis à adesão de diferentes comportamentos promotores de saúde. A nossa intervenção teve por base o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender que alicerça a avaliação e implementação de comportamentos de saúde na população alvo em estudo, com vista à prevenção do desenvolvimento do CCU e concomitantemente à sua Promoção de Saúde.

A Promoção da Saúde, com um potencial ilimitado, deve constituir cada vez mais o foco dos sistemas de saúde, que ultimamente têm assistido a um investimento superior a nível de prevenção secundária em detrimento da primária. Neste projeto assumimos uma oportunidade ímpar no desenvolvimento de competências na área da prevenção primária e secundária, como foco de intervenção a um grupo inserido na comunidade. Como experiências inovadoras, salientamos a interação com a cliente no seu ambiente natural, inclusive familiar e laboral; o investimento na Promoção da Saúde; o reconhecimento da responsabilidade da cliente no seu processo de saúde; e o aprofundamento de referenciais teóricos e taxonomias especialmente utilizadas nos cuidados de saúde primários. Ao reunirmos estratégias de intervenção que correspondessem às necessidades da população alvo, por intermédio de sessões educativas alusivas à realização do rastreio em contexto de horário laboral observamos uma minimização de determinadas barreiras face à adesão deste exame, de forma a redobrar a atenção devida e preciosa para com esta problemática, o CCU.

A metodologia adotada, o Planeamento em Saúde demonstrou-nos um instrumento profícuo na gestão de recursos e implementação do projeto, cuja harmonia dependeu do respeito por cada etapa. Segundo TAVARES (1990) procura um nível de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações. Daí a pertinência da aplicação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender que apesar de inicialmente decifrado como complexo, revelou-nos um modelo útil e adequado à intervenção Comunitária, complementar da metodologia do Planeamento em Saúde e na elaboração de diagnósticos de Enfermagem com a taxonomia NANDA, suportando também a seleção de estratégias.

Em relação ao percurso, as limitações do projeto propiciaram-nos momentos de fortalecimento e aprendizagem.

Com este projeto, procuramos contribuir para uma maior visibilidade da relevância do RCCU, considerada uma prática prioritária na prestação de cuidados de saúde, avista-se como um enorme desafio e que, certamente irá contribuir para mais ganhos em saúde da nossa comunidade e concomitantemente beneficiar do investimento da Enfermagem Comunitária na capacitação de promover uma vigilância de saúde regular. Com a concretização deste projeto podemos frisar que alcançamos os objetivos propostos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 BENNER, Patrícia (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.
- 📖 CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) - **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972- 8930-22- 4.
- 📖 COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 3ªed. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.
- 📖 COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) – **Cuidar ...A primeira arte da vida**. 2ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972- 8383-53-3.
- 📖 DECRETO-LEI nº 129/2001. **D.R I Série**. 129 (17-08.01) 5241 – 5247. Disponível em: www.acs.min-saude.pt2007/planooncologico.pdf. Acedido em 20/11/2011
- 📖 DECRETO-LEI nº35. **D.R II Série**. 104(18/02/2011).
- 📖 Dicionário da Língua Portuguesa - com Acordo Ortográfico. (2003-2011). Obtido em 1 de Fevereiro de 2012, de Infopédia - Enciclopédia e Dicionários Porto Editora: <http://www.infopedia.pt/pesquisa.capacitar>
- 📖 DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008) - **Programa Nacional de Vacinação (PNV). Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano. Texto de apoio à Circular Normativa nº 22 /DSCS/DPCD de 17 de Outubro de 2008**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- 📖 DURÁN, Hernán (1989) – **Planeamento da Saúde: Aspectos Conceptuais e Operativos**. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. ISBN 972- 675-000- 8.
- 📖 FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- 📖 FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978- 989- 8075-18-5.
- 📖 GORDIS, Leon (2011) – **EPIDEMIOLOGIA**. 4ªed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-1-4160- 4002-6.
- 📖 IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria R. (1993) – **METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE. Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- 📖 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2011) - **Censos 2011 – Resultados Preliminares**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN 978-989-25-0135-2.
- 📖 KULBOK, Pamela A.; LAFFREY, Shirley C.; CHITTHATHAIRATT, Sudruk (2010). Integração de abordagens de múltiplos níveis para promover a Saúde da Comunidade. *In* STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette, **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978- 989- 8075- 29- 1. pp. 331-354.
- 📖 LANCASTER, Jeanette; ONEGA, Lisa; FORNESS, Douglas (1999) – Teorias, Modelos e Princípios Educacionais Aplicados à Enfermagem Comunitária. *In* STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ªed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3. pp. 267 – 284.
- 📖 LEAVER, Dennis; LABONTE, Geri – HPV and Cervical Cancer. **Radiation Therapist**. [em linha].Vol. 19, nº 1 (Abril, 2010) 27-45. [23/01/2012]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com>.
- 📖 MARÔCO, João (2010) – **ANÁLISE ESTATÍSTICA Com o PASW Statistics (ex-SPSS)**. Pêro Pinheiro: ReportNumber. ISBN 978- 989- 96763-0-5.
- 📖 MAUSNER, Judith S.; KRAMER, Shira (2007) – **INTRODUÇÃO À EPIDEMIOLOGIA**. 4ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978- 972 -31 -0518 -6.
- 📖 MCKEOWN, Robert; MESSIAS, DeAnne (2010) – Epidemiologia. *In* STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ªed. Lisboa: Lusodidacta, 2011. ISBN 978- 989- 8075- 29- 1. pp. 251 - 289.
- 📖 MERIGHI, Miriam A. B.; HAMANO, Lina; CAVALCANTE, Lubiana G. (2002) – O EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: CONHECIMENTO E SIGNIFICADO PARA AS FUNCIONÁRIAS DE UMA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA. **Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 36, nº3 (Fevereiro, 2003). pp. 289-296.
- 📖 MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (Dezembro, 2007). [12/01/2011]. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/06/pnpcdo_2007_versao-final.pdf.

- 📖 NANDA INTERNATIONAL (2010) – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978- 85- 363- 2104-2.
- 📖 NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.
- 📖 OMS (1986). **Conferência de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Obtido em Dezembro de 2011, de OMS: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- 📖 ONEGA, Lisa; DEVERS, Edie (2010) - Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ªed. Lisboa: Lusodidacta, 2011. ISBN 978- 989- 8075- 29- 1. pp. 302-330.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas**. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) - **CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92- 95040-36- 8.
- 📖 ORDEM DO ENFERMEIROS (2009). **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. Lisboa: Ordem do Enfermeiros.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (16 de Julho de 2010). **Proposta de projecto de regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de Ordem dos Enfermeiros**: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Especialidade da Ordem dos Enfermeiros/MCEE/PropostaPerfil.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Especialidade%20da%20Ordem%20dos%20Enfermeiros/MCEE/PropostaPerfil.pdf) - Acedido a 7 de Julho de 2011.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Responsabilidade para com a Comunidade. **XI SEMINÁRIO DE ÉTICA**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº 37 (Junho 2011). 31-34.
- 📖 OTTO, Shirley E. (2000) – **Enfermagem em Oncologia**. 3ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972- 8383- 12- 6.
- 📖 PATRA, S; PANDA D. – Cervical câncer screening in developing countries. **Indian Journal of Cancer**. [em linha]. Vol. 47, nº 3 (Julho - Setembro 2010), 344-345. [15/01/2012]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com>.

- 📖 PEATE, Ian – Cervical cancer 1: role of nurses in the primary healthcare setting. **British Journal of Nursing**. [em linha]. Vol. 8, nº 11 (Julho, 2009), 730- 734. [15/07/2011]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com>.
- 📖 PENDER, Nola J.; MURDAUGH, Carolyn L.; PARSONS, Mary A. (2006) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 5ªed. Upper Saddle River: Prentice Hall Health. ISBN 0-13-119436-4.
- 📖 PENDER, Nola J.; MURDAUGH, Carolyn L.; PARSONS, Mary A. (2011) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 6ªed. Pearson: Upper Saddle River. ISBN 0-13- 509721-5.
- 📖 PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. (2003) – **ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: Conceitos e Prática Clínica**. 6ªed, Vol. III. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7.
- 📖 RAMQVIST, Torbjorn; DALIANIS, Tina – Oropharyngeal Cancer Epidemic and Human Papillomavirus. **Emerging Infectious Diseases**. [em linha]. Vol. 16, nº11 (Novembro, 2010), 1671- 1678. [22/02/2012]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com>.
- 📖 RODRIGUES, Manuela; FERRÃO, Luís (2006) – **Formação Pedagógica de Formadores**. 6ªed. Lisboa: Lidel. ISBN 978- 972- 757- 421-6.
- 📖 SEBASTIAN, Juliann G. (2010). Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Perspectiva Geral. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978- 989- 8075- 29- 1. pp. 746- 771.
- 📖 SCHUMACHER, K.; BECK, C. & MARREN, J. (Agosto de 2006). Family Caregivers: Caring for older adults, working with their families. **The American Journal of Nursing** 106, pp. 40-49.
- 📖 STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ªed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978- 989- 8075 -29 -1.
- 📖 THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **The Belmont Report**. [em linha]. (18 de Abril de 1979). The University of Maryland. [11/02/2012]. Disponível em: <http://cms.umaryland.edu/bin/q/l/BelmontReport.pdf>.
- 📖 THOMAS, Tami – The New Human Papillomavirus (HPV) Vaccine: Pros and Cons For Pediatric and Adolescent Health. **PEDIATRIC NURSING**. [em linha]. Vol.34, nº5

(Setembro - Outubro 2008), 429- 431. [22/02/2012]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com>.

📖 THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M.; BOYD, Kenneth M. (2004) – **ÉTICA EM ENFERMAGEM**. 4ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-67-3.

📖 WILLIAMS, Carolyn; STANHOPE, Marcia (2010). Prática Focada na População: O Fundamento da Especialização em Enfermagem de Saúde Pública. *In* STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ªed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989- 8075- 29- 1. pp. 2-21.

📖 UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO II – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA (Apontamentos). Prof.ª Rebelo Botelho. ESEL, 2011.

📖 <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2.html> - Acedido em 16/01/2011

📖 http://www.ipoportor.minsaude.pt/Downloads_HSA/IPOP/RO_Nacional_2001.pdf

Acedido em 03/06/2011.

📖 http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/cancro_colo - Acedido em 23/06/2011.

📖 http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf - Acedido em 20/03/2011.

📖 http://www.oredmenfermeiros.ptcontents/documents/79OSS2007.doc.enq.bolonha_OE_vf.pdf- Acedido em 25/07/2011

📖 <http://www.min-saude.pt/pnpcdoversaofinal8julho2009.pdf>. Acedido em 20/06/2011

📖 <http://www.aanlisboa.com/social.html> - Acedido a 12/02/2012

📖 <http://www.ecca.info/>.pdf – Acedido a 22/02/2012

📖 <http://globocan.iarc.fr/> - Acedido a 20/01/2012

📖 <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016>. Acedido a 12/01/2012

📖 <http://www.scml.pt> - Acedido a 08/02/2012

ANEXOS

ANEXO I – Incidência do CCU nos EUA varia pela etnia

Table 1
Incidence of Cervical Cancer in the United States by Race^a

Race/Ethnicity	Incidence Rate per 100 000 Women
All Races	8.2
White	8.1
Black	10.4
Asian/Pacific Islander	7.6
American Indian/Alaska Native	7.2
Hispanic	12.7

^aThe incidence for all races (based on cases diagnosed in 2002-2006) is 8.2 per 100 000 women.

Reprinted from SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2008.

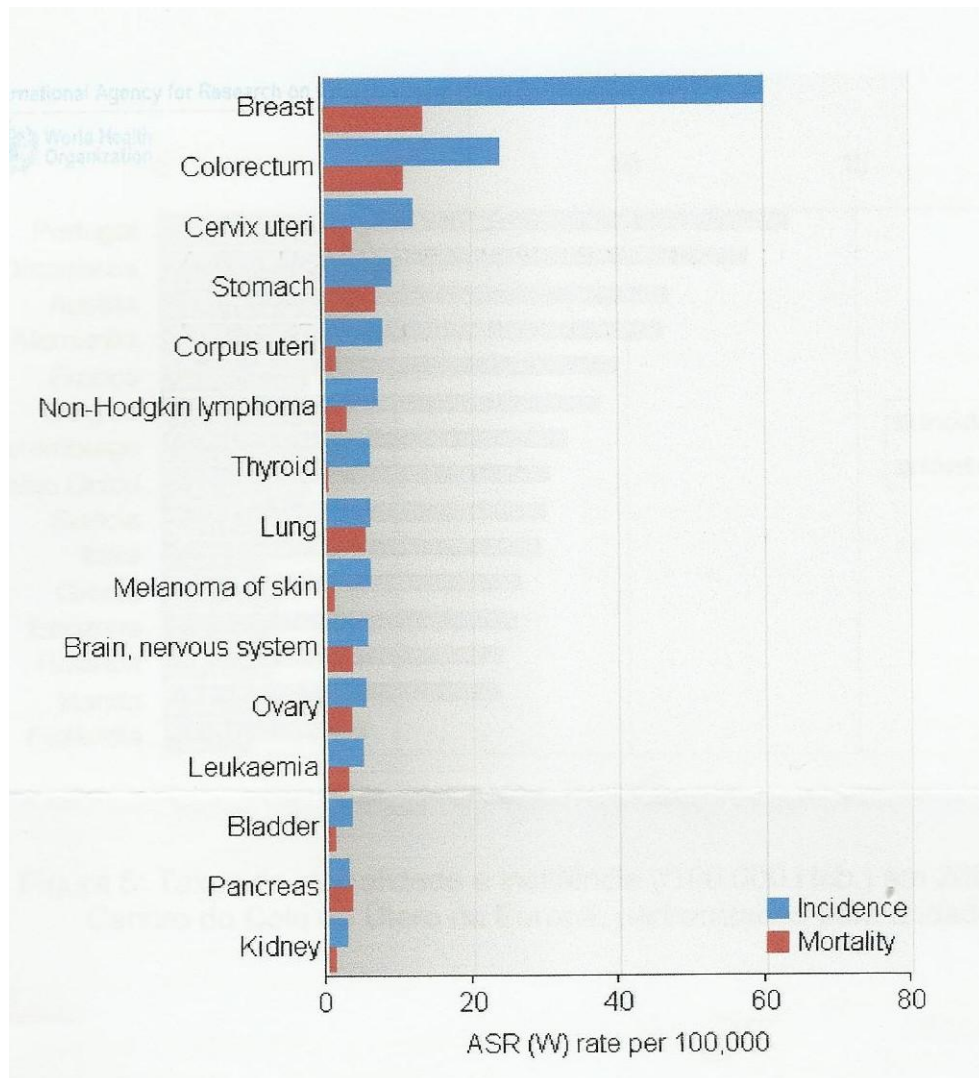
ANEXO II – Incidência e Mortalidade por CCU, por grupo etário em Portugal

Grupo etário	Incidência por 100000	Mortalidade por 100000
> 15	24,52	4,45
15-19	0,00	0,00
20-24	0,61	0,00
25-29	3,15	0,24
30-34	10,85	1,23
35-39	23,79	2,81
40-44	39,20	4,62
45-49	41,45	5,90
50-54	42,85	6,02
55-59	34,80	6,30
60-64	31,91	5,97
65-69	32,24	7,08
70-74	32,15	8,71
75-79	30,54	10,90
80-84	27,11	12,45
85+	17,82	11,70
Total	20.95	3.81

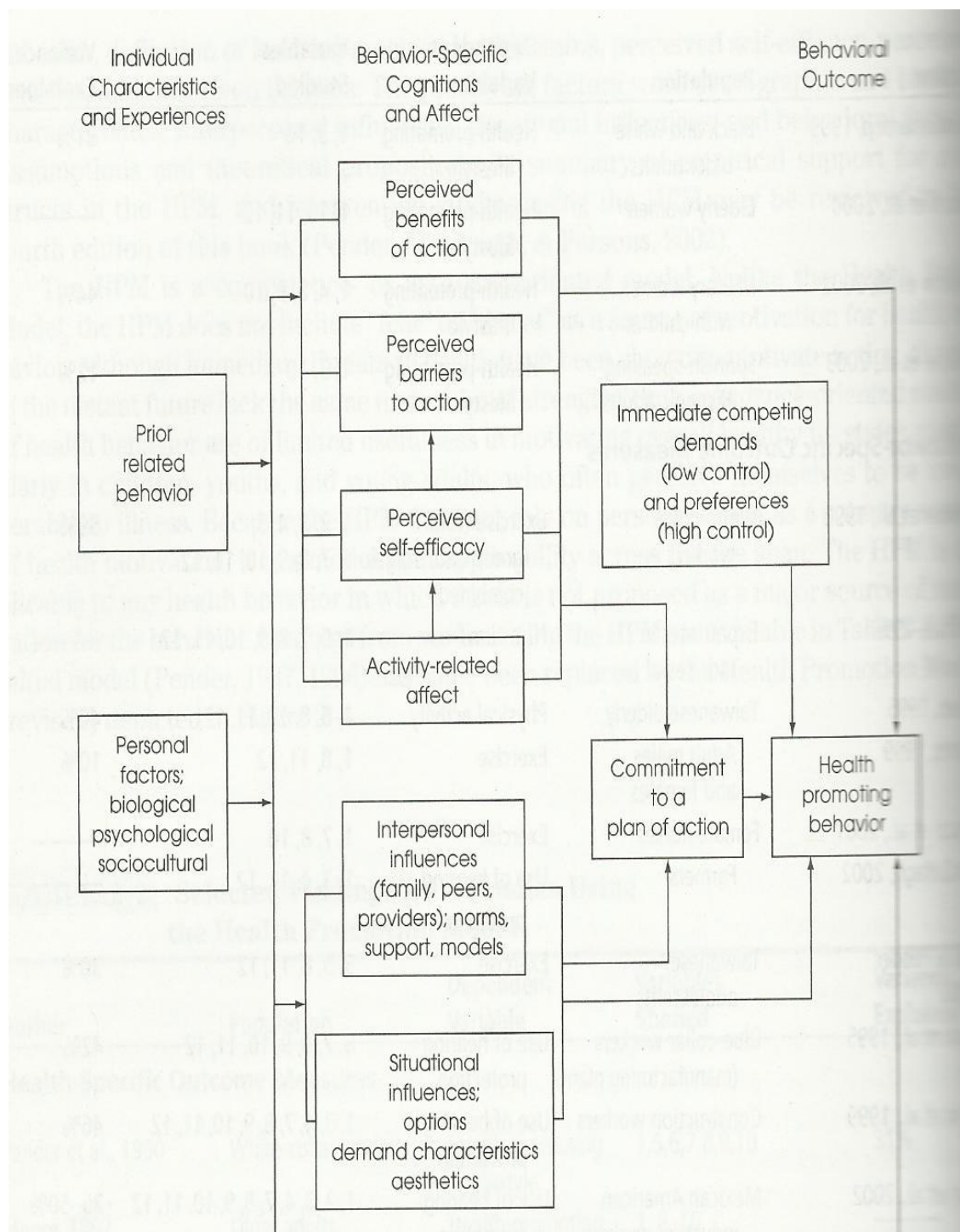
2

² DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2008) citando et al, 2007

ANEXO III – Níveis de Incidência e Mortalidade do Cancro do Colo do Útero a nível Nacional



ANEXO IV – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



⁴ PENDER, Nola J.; MURDAUGH, Carolyn L.; PARSONS, Mary A. **Health Promotion in Nursing Practice.** (2011). p. 45

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Recebi uma convocatória para participar no rastreio do cancro do colo do útero organizado pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e pelo Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

Percebi que o teste de rastreio é a citologia do colo do útero, habitualmente designada por Teste de Papanicolaou e vai ser efectuada de três em três anos.

Compreendi que é um exame simples, praticamente indolor, embora algumas mulheres o possam considerar desagradável e demora apenas alguns minutos e que se faz do seguinte modo: depois da introdução do espéculo vaginal, o médico efectua um esfregaço do colo uterino para recolher algumas células, que são depois introduzidas num recipiente com líquido, que é enviado para um laboratório para observação das células ao microscópio.

O resultado ser-me-á depois comunicado por carta ou pessoalmente.

Compreendi o que o médico me explicou sobre o resultado do teste e pude fazer as perguntas que entendi. Considero-me esclarecida.

Percebi que, se for chamada de novo, não significa que tenha cancro. Pode simplesmente significar que a minha amostra não era suficientemente clara para análise e que é necessário fazer outro exame ou que o meu exame pode ter que ser completado com outras técnicas, conforme consta do documento a que esta folha está anexa.

☐ Autorizo ainda que o material celular restante possa ser incluído num estudo destinado a avaliar, de entre os tipos de HPV que se sabe estarem relacionados com o cancro do colo do útero, quais os que são mais frequentes na minha região. A não autorização deste último estudo não impede que eu possa ser incluída no programa do rastreio, sem sofrer qualquer tipo de discriminação.

☐ NÃO autorizo que o material celular restante possa ser incluído num estudo destinado a avaliar, de entre os tipos de HPV que se sabe estarem relacionados com o cancro do colo do útero, quais os que são mais frequentes na minha região. Sei também que, deste modo, a amostra restante vai ser eliminada. A não autorização deste último estudo não impede que eu possa ser incluída no programa do rastreio, sem sofrer qualquer tipo de discriminação.

Nome:

Ass:

Lisboa, de de 20.....

Identificação do Médico

Nome:

Ass:

ANEXO VI – Instrumento da colheita de dados: Questionário

Questionário

Parte I – Dados do Inquirido

1. Idade _____

2. Habilitações Literárias:

1º Ciclo ☐

2º Ciclo ☐

Secundário ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

3. Profissão _____

4. Estado Civil:

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada ☐

União de Facto ☐

Viúva ☐

5. N° de filhos _____

Parte II

6. Já ouviu falar em cancro do colo do útero?

☐ Sim.

☐ Não.

7. Os factores de risco para esta doença são:

Múltiplos parceiros sexuais ☐

Idade ☐

Falta de exercício físico ☐

Ausência de actividade sexual ☐

8. O cancro do colo do útero pode ter sintomas?

Sim ☐

Não ☐

8.1. Se sim, quais?

Perda de sangue anormal ☐

Ardência ☐

Infecção urinária ☐

Ausência de menstruação ☐

9. O cancro do colo do útero pode ser causado por um vírus?

Sim ☐

Não ☐

9.1. Se sim, qual o principal vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero?

Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA) ☐

Vírus do Papiloma Humano (HPV) ☐

Hepatite ☐

Herpes ☐

10. O vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero pode ser diagnosticado através de:

Análises à urina ☐

Análises ao sangue ☐

Citologia ☐

Radiografia ☐

Ecografia Pélvica ☐

11. Uma das formas de prevenir o aparecimento do cancro do colo do útero é através da vacinação.

Sim ☐

Não ☐

11.1. Se sim, em que altura deve ser feita?

Em qualquer idade ☐

Antes do início da actividade sexual ☐

Após o início da actividade vida sexual ☐

Depois da menopausa ☐

12. A partir de que altura deverá iniciar o rastreio do cancro do colo do útero

Antes de iniciar a actividade sexual ☐

Após o início da actividade sexual ☐

Depois dos 18 anos ☐

Na menopausa ☐

13. Alguma vez realizou o exame preventivo do cancro do colo útero?

Não ☐

Sim ☐

13.1 Se respondeu sim, com que regularidade faz o exame preventivo do cancro do colo do útero?

Uma vez por ano ☐

De 2 em 2 anos ☐

De 3 em 3 anos ☐

De 5 a 10 anos ☐

14. O exame de rastreio do cancro do colo do útero é também conhecido como:

Prova de Mantoux ☐

Cistoscopia ☐

Papanicolau ☐

15. O exame de rastreio do cancro do colo do útero deverá ser realizado:

De 2 em 2 anos ☐

De ano a ano ☐

De 5 a 10 anos ☐

Não necessita de repetição ☐

16. Na sua opinião, é fácil obter informações acerca desta doença?

Sim ☐

Não ☐

17. De que forma obteve informação acerca do cancro do colo do útero?

Meios de Comunicação ☐

Centro de Saúde/Planeamento Familiar ☐

Ginecologista ☐

18. O cancro do útero quando detectado tardiamente:

É inofensivo ☐

Pode provocar a morte ☐

Pode causar desconforto passageiro ☐

19. Sempre que se apercebe de uma infecção vaginal o que faz:

Procuro resposta na medicina natural ☐

Aguardo que a infecção se resolva espontaneamente ☐

Recorro a um profissional de saúde ☐

20. Que dúvidas gostaria de ver esclarecidas sobre o cancro do colo do útero?

Causas ☐

Sinais e Sintomas ☐

Formas de Prevenção ☐

Exames de Diagnóstico ☐

ANEXO VII - Autorização da autora do questionário à sua aplicação



sandra laia esteves <sandraiaie@gmail.com>

RE: URGENTE - Pedido autorização à autora Dr^a Neida Neto Vicente - Autorizado

2 mensagens

Neida Vicente <neydaneto@hotmail.com>

12 de setembro de 2011 23:02

Para: sandraiaie@gmail.com

Cc: secensino@ihmt.unl.pt

Cara En^a Sandra Esteves,

Fico contente por ter apreciado o questionário, sinta-se a vontade para utilizá-lo como instrumento de recolha de dados. Caso necessite de outras informações não hesite em contactar-me por e-mail, pois nesta altura encontro-me a fazer um trabalho de investigação em Benguela pelo IHMT.

Sucessos para o seu trabalho de investigação.
Melhores cumprimentos,
Neida Vicente

PS: Obrigado pela atenção e cumprimentos a Sr^a Sandra Azevedo (IHMT)

From: secensino@ihmt.unl.pt

To: neydaneto@hotmail.com

Subject: URGENTE - Pedido autorização à autora Dr^a Neida Neto Vicente

Date: Tue, 6 Sep 2011 14:25:40 +0000

Exma Senhora

Dr.^a Neida Vicente,

Junto remeto e-mail recepcionado na Divisão Académica do IHMT, à sua atenção.

Cumprimentos,

Sandra Azevedo

De: sandra laia esteves [mailto:sandraiaie@gmail.com]

Enviada: terça-feira, 6 de Setembro de 2011 15:05

Para: Divisão Académica

Assunto: Pedido autorização à autora Dr^a Neida Neto Vicente

Exm^a Sr^a Sandra Azevedo,

Tal como combinado por contacto telefónico, envio em anexo o que pretendo da Sr^a Dr^a Mestre Neida Neto Vicente.

Tentei contactá-la em Julho 2011 através do mail neida.vicente@ihmt.unl.pt, mas sem sucesso, agradeço então o contacto da vossa parte, ficando a aguardar alguma resposta.

Carta de Resultado- NEGATIVO.

Agradecemos a sua resposta ao nosso convite para participar no **Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero**, organizado pela **Santa Casa da Misericórdia de Lisboa** e pelo **Instituto Português de Oncologia de Lisboa**.

Relativamente ao teste de Papanicolaou que efectuou no dia ____/____/____ na Unidade de Saúde de _____ vimos informá-la que o resultado desse teste é **NEGATIVO**.

De acordo com os objectivos do programa, o teste de Papanicolaou deverá ser efectuado de três em três anos, pelo que voltaremos a convidá-la em data oportuna.

No entanto, poderá ter de repetir o exame mais cedo se o seu médico achar conveniente, ou se ocorrer alguma perda sanguínea pela vagina ou quaisquer outras queixas ginecológicas que a preocupem.

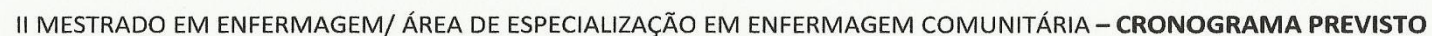
Quando diagnosticado precocemente, o cancro do colo do útero é curável

Com os melhores cumprimentos,

Pela Equipa de Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Projeto: Previsto/ Reformulado

[illegible]

[illegible]

APÊNDICE II – Pedido e Autorização do Sr. Provedor da SCML à aplicação do questionário

APÊNDICE III – Consentimento Informado: questionário

QUESTIONÁRIO

“Cancro do Colo do Útero: Educar para prevenir”

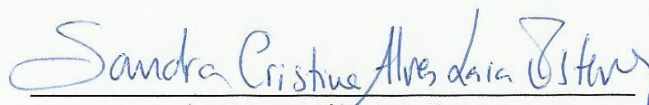
O estudo que se pretende realizar, insere-se num Projecto de Intervenção Comunitária que determina o final do II Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este questionário tem como objectivo determinar o nível de conhecimentos que as Utentes do Centro de Apoio de Lisboa – Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro, possuem acerca do Cancro do Colo do Útero.

O questionário é anónimo e os dados são confidenciais, pelo que não deve assinar.

Assim, pretende-se que responda às questões que a seguir se apresentam, da forma mais sincera possível.

Obrigada pela sua colaboração!


Sandra Cristina Alves Laia Esteves

APÊNDICE IV – Pedido de autorização à autora para aplicação do seu questionário

**Exm^a. Sr^a. Dr^a. Neida Neto Vicente, Mestre em Saúde e
Desenvolvimento**




Sandra Cristina Alves Laia Esteves, Enfermeira no Centro Hospitalar Central de Lisboa, encontrando-se a realizar o II Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e sendo o seu Projecto de Intervenção Comunitária no âmbito do Programa Cancro do Colo do Útero: promover a adesão ao Rastreio, orientado pela Prof^a. Dr^a. Lourdes Varandas. Solicita a V^a. Ex^a. a autorização para aplicar o questionário que consta em anexo, utilizado na vossa tese de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Cristina Alves Laia Esteves

Lisboa, 6 de Setembro de 2011

APÊNDICE V – Estratégias relativas ao Diagnóstico de Enfermagem

Diagnósticos de Enf./ Factores Condicionantes	Actividades		Estratégias
	Descrição	Execução	Descrição
Falta de adesão/ Vigilância de saúde <ul style="list-style-type: none"> - Falha em manter compromissos agendados; - Inflexibilidade dos horários laborais; - Desconhecimento do programa do rastreio do Cancro do Colo do Útero; - Receio em realizar o rastreio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programar o rastreio de acordo com a disponibilidade da cliente; - Obedecer aos critérios de inclusão/exclusão; - Informar a forma como se realiza o rastreio (vantagens e finalidade). 		<ul style="list-style-type: none"> - Promover a adesão ao rastreio do CCU; - Desenvolver sessões educativas para descodificar dúvidas presentes acerca do rastreio.
Comportamento de Saúde <ul style="list-style-type: none"> - Défice na condição económica; - Apoio social inadequado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar que o rastreio é gratuito; - Garantir acompanhamento ginecológico após a realização do RCCU na UDJDB 		<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar as vias de comunicação para facilitar as relações entre os serviços de saúde e as clientes
Conhecimento deficiente <ul style="list-style-type: none"> - Falta de familiaridade com os recursos de informação existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer qual sintomatologia, factores de risco, formas de prevenção e diagnóstico associados ao CCU 		<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver sessões educativas; - Fornecer suporte informativo acerca da temática.

Legenda:  Executada

APÊNDICE VI – Atividades relativas aos objetivos específicos

Objetivos específicos	Estratégias	Actividades	Método	Técnica
a) Contribuir para aquisição de conhecimentos sobre os factores de risco; sintomatologia; medidas de prevenção e formas de tratamento do CCU; (domínio cognitivo)	- Desenvolver sessões educativas; - Fornecer suporte informativo acerca da temática.	- Realização de sessão educativa (esclarecimento de dúvidas face à temática); - Entrega de folheto informativo.	Interrogativo Expositivo Ativo Demonstrativo	- Exposição; - Painei (álbum seriado); - Perguntas/Discussão; - Autoscopia; - Role-flaying; - Demonstração.
b) Divulgar informação acerca das normas e condições do programa do rastreio do CCU que decorre na USDJDB; (domínio cognitivo)	-Elaborar cartaz de divulgação ao RCCU.	-Distribuição do cartaz de divulgação do RCCU pela USDJDB e pelo CASL.	Demonstrativo	Demonstração.
c) Atingir uma taxa de adesão ao rastreio, igual ou superior a 80% da população alvo; (domínio afetivo) d) Promover a adesão ao rastreio como veículo de vigilância de saúde à população alvo; (domínio afetivo)	- Promover a adesão ao RCCU; - Desenvolver sessões educativas como auxílio na descodificação de dúvidas presentes acerca do rastreio.	- Agendamento do rastreio, de acordo com flexibilidade do horário laboral da cliente; - Fornecida informação e esclarecimento de dúvidas do programa de RCCU: critérios a obedecer e sua execução.	Interrogativo Ativo Expositivo Demonstrativo	- Exposição; - Painei (álbum seriado); - Perguntas/Discussão; - Autoscopia; - Demonstração.
e) Garantir o diagnóstico e o tratamento da patologia detectada, de acordo com as recomendações existentes, a 100% da população alvo.	Melhorar as vias de comunicação e de acesso, de modo a facilitar as relações entre os serviços de saúde e as clientes.	Fornecida informação acerca do encaminhamento e acompanhamento ginecológico após a realização do rastreio.	Interrogativo Expositivo Demonstrativo	Exposição; - Painei; - Perguntas/Discussão; - Autoscopia; - Demonstração.

APÊNDICE VII - Especificação de cada atividade

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo a atingir	Avaliação
<p>Sessão de Educação para a Saúde, sob o tema “Cancro do Colo do Útero – Conhecer para prevenir”, dirigida a 70 clientes do sexo feminino (residentes e funcionárias) do Centro de Apoio Social de Lisboa, inscritas na consulta de Ginecologia da USDJDB</p>	Mestranda	3, 4 e 5 de Janeiro de 2012, no horário das 14-15h.	Sala de reuniões do CASL	50 min. (40 min prelecção com a projecção de “slides”; 10 min de discussão entre as participantes)	Que a população alvo adquira conhecimentos acerca do Cancro do Colo do Útero, com vista a adoptar comportamentos promotores de saúde.	<p>1. Realização efectiva da sessão</p> <p>2. ADESÃO (nº clientes presentes/nº pessoas convocadas) x 100; <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> $42:70 = 0.6 \times 100$ 60% </div> </p> <p>3. PARTICIPAÇÃO (nº clientes intervenientes/nº participantes) x 100 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> $30:42 = 0.71 \times 100$ 71% </div> </p>

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo a atingir	Avaliação
Realização do Rastreio do Cancro do Colo do Útero dirigida a 70 clientes do sexo feminino (residentes e funcionárias) do Centro de Apoio Social de Lisboa, inscritas na consulta de Ginecologia da USDJDB	Mestranda	Janeiro de 2012. De 2 ^a a 6 ^{af} das 08:30h às 13h.	Gabinete de Ginecologia na USDJDB	Consulta de Enfermagem (abertura do processo clínico – anamnese/ história obstétrica; entrega e esclarecimento do Consentimento Informado); Consulta médica (realização do rastreio: preparação da cliente; fornecimento do material ao médico; envio do produto ao IPO).	Atingir uma taxa de adesão ao rastreio, igual ou superior a 80% da população alvo; Promover a adesão ao rastreio como veículo de vigilância de saúde à população alvo; Garantir o diagnóstico e o tratamento da patologia detectada a 100% da população alvo.	1. Realização dos rastreios. 2. ADESÃO (nº clientes aderentes/nº pessoas convocadas) x 100; <div>58:70 = 0.83 x 100 83%</div>

APÊNDICE VIII - Critérios de Inclusão e Exclusão ao rastreio do Cancro do Colo do Útero



Misericórdia de Lisboa. Por bom causas.

USSC Dr. José Domingos Barreiro

PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O exame é rápido, indolor e gratuito

É curável...se diagnosticado precocemente!

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO AO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

(Se possuir estes critérios **pode** realizar o rastreio)

- ❖ Ter idade entre os 20- 60 anos;
- ❖ Estar inscrita na Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro;
- ❖ Não estar menstruada no dia da realização do exame.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

(Se possuir algum destes critérios **não pode** realizar o rastreio)

- ❖ Histerectomizada (ter retirado o útero);
- ❖ Que ainda não iniciou actividade sexual;
- ❖ Se tem incapacidade física e/ou mental (caso não tenha capacidade de decisão à realização do exame).



Enf.ª Sandra Esteves

II Curso de Mestrado em Enfermagem/ Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

APÊNDICE IX – Cartaz de Divulgação às Sessões Educativas

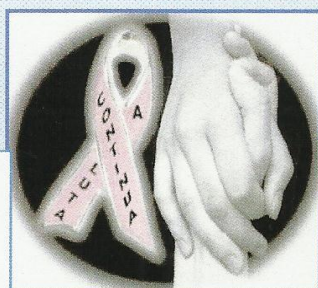
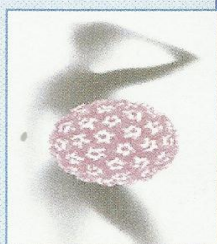
SANTA
CASA

Associação de Lisboa Para Todos

UNIDADE DR. JOSÉ DOMINGOS BARREIRO

CENTRO DE APOIO SOCIAL DE LISBOA

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO



*Venha esclarecer as suas dúvidas...
...acerca do Cancro do Colo do Útero!*

DATAS: 3, 4 e 5 de Janeiro de 2012

LOCAL: Sala de Reuniões do CASL

HORÁRIO: 14h-15h



Enf.ª Sandra Esteves

II Mestrado em Enfermagem/ Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária

PLANO DE SESSÃO - Educação para Saúde

Data	3, 4 e 5 de Janeiro de 2012	Duração da sessão	50min.	Local	Sala de Reuniões do CASL
Tema	“Cancro do Colo do Útero: Conhecer para prevenir”				
Objectivo geral	Que a população alvo adquira conhecimentos acerca do Cancro do Colo do Útero, com vista a adoptar comportamentos promotores de saúde.				
Objectivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identificar os conhecimentos que a população alvo possui acerca do Cancro do Colo do Útero; ■ Clarificar o conceito útero, colo do útero e Cancro do Colo do Útero; ■ Descrever a etiologia e incidência do Cancro do Colo do Útero; ■ Divulgar os sinais e sintomas, factores de risco, medidas de prevenção, diagnóstico e formas de tratamento do Cancro do Colo do Útero; ■ Explicitar o conceito rastreio, sua execução e critérios a obedecer; ■ Sensibilizar a população alvo a adoptar comportamentos saudáveis. 				
População alvo	Clientes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 – 60 anos, inscritas na consulta de Ginecologia da USSCDJDB.				
Recursos materiais	Computador, projector (data-show), diapositivos, painel (álbum seriado) e folhetos informativos.				

	Conteúdos	Métodos	Técnicas	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objectivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	Projectção de slides	5 min	
Desenvolvimento	<p>Descrição dos conceitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Útero e colo do útero; ■ Cancro do Colo do Útero: Epidemiologia; Sintomatologia; Factores de risco; Diagnóstico; Formas de Prevenção e tratamento. ■ Rastreio do Cancro do Colo do Útero: Regularidade do rastreio e Critérios a obedecer do programa de rastreio a decorrer na unidade Dr. José Domingos Barreiro. <p>Exposição de diversos exemplos de comportamentos saudáveis a adoptar, com vista à promoção de saúde.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Ativo</p>	<p>Projectção de slides;</p> <p>Técnicas perguntas (álbum seriado);</p> <p>Rolle playing</p>	35 min	Participação activa da população alvo
Conclusão	Resumo da sessão Entrega de folheto Agradecimentos	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	Discussão/debate	10 min	Debate/ discussão dos conteúdos apresentados na etapa anterior - avaliação da sessão.

SANTA
CASA

Mais saúde de Lisboa. Por boas causas.

UNIDADE DE SAÚDE DR. JOSÉ DOMINGOS BARREIRO

CANCRO DO COLO DO ÚTERO

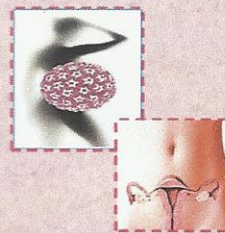
CONHECER PARA PREVENIR

Professora Orientadora: Dr.ª Mª Lourdes Varandas

Orientadora: Enf.ª Rute Marçal/ Enf.ª Viorica Capatina

Discente: Sandra Esteves

II Mestrado em Enfermagem/
Área de especialização em Enfermagem Comunitária



Lisboa, 3 de Janeiro de 2012

OBJECTIVO GERAL

Que a população alvo adquira conhecimentos acerca do Cancro do Colo do Útero, com vista a adoptar comportamentos promotores de saúde.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os conhecimentos que a população alvo possui acerca do Cancro do colo do Útero;
- Clarificar o conceito útero, colo do útero e Cancro do Colo do Útero;
- Descrever a etiologia e incidência do Cancro do Colo do Útero;
- Divulgar os sinais e sintomas, factores de risco, medidas de prevenção, diagnóstico e formas de tratamento do Cancro do Colo do Útero;
- Explicitar o conceito rastreio, sua execução e critérios a obedecer;
- Sensibilizar a população alvo a adoptar comportamentos saudáveis.

O que entende por Cancro do Colo do Útero?

Como se transmite?

O que pode causar (factores de risco)?

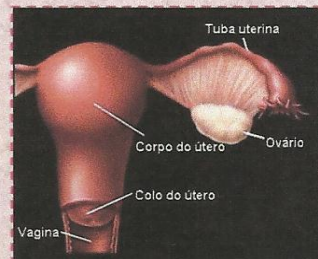
Que sinais ou sintomas podem alertar a presença do CCU?

Como se previne e diagnostica?

ÚTERO

- Órgão fibromuscular, oco, em forma de pêra invertida, localizado na cavidade pélvica;
- Situa-se na pélvis, entre a bexiga e o recto;
- Possui paredes espessas, formadas por fibras musculares lisas, a parte interna revestida pelo endométrio, e a externa pelo miométrio.

(PHIPPS; SANDS; MAREK, 2003)

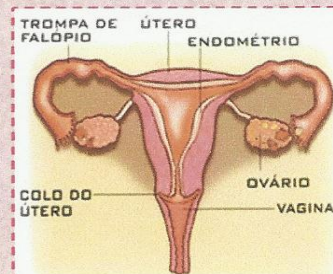


COLO DO ÚTERO

O colo do útero é a porção inferior do útero que o conecta à vagina;

Durante o parto, o colo do útero abre-se (dilatação) para permitir a passagem do bebé através da vagina.

(ECCA, 2008)



Cancro do Colo do Útero

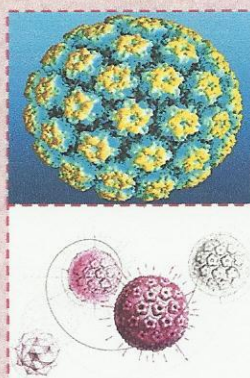
Cancro: transformação de células normais em células cancerosas, multiplicam-se e invadem tecidos e órgãos adjacentes.

Colo do útero

Vírus HPV

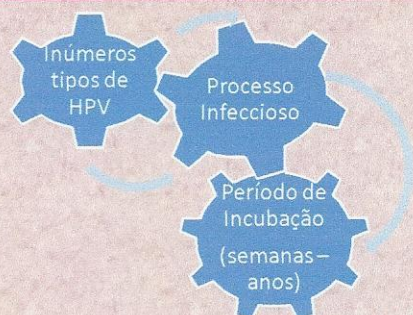
■ Associa-se ao vírus Papiloma Humano (HPV);
Vírus pode permanecer silencioso (semanas a anos) – Fase latência; ser eliminado pela acção do sistema imunológico de defesa; e/ou causar alteração no DNA das células provocando tumores.

(DGS, 2009)

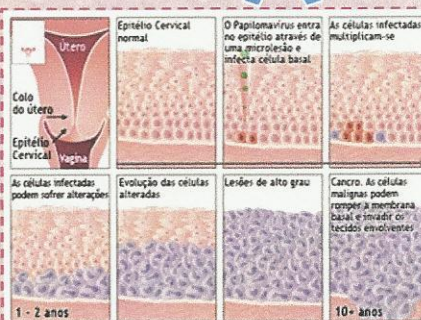


Cancro do Colo do Útero – Via de Transmissão do HPV

■ Contacto directo com a pele infectada (lesão como porta de entrada da pele ou mucosa);
■ HPV genital é um vírus de transmissão sexual (lesões na vagina, colo útero, pénis, ânus).



Defesas imunitárias eficazes podem eliminar o vírus HPV



Cancro do Colo do Útero – Virus HPV



- Indivíduos de ambos os sexos;
- Idades (> frequência 35 – 54 anos);
- Etnias (> frequência afro-americanas);
- Independentemente da localização geográfica.



Cancro do Colo do Útero

- CCU é a 2ª cancro mais comum no sexo feminino a nível mundial;
- 40% dos casos incidem entre 35 – 54 anos;
- Taxa de Incidência de 12.2/100.000 mulheres (1000 novos casos/ ano);
- Taxa de mortalidade 3.6/100.000 mulheres (1 mulher/dia).

(INE, 2010)



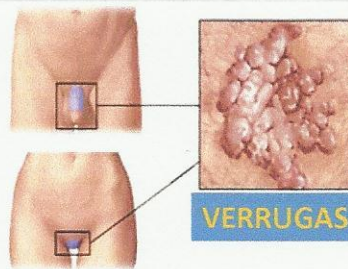
Sinais e Sintomas

Estadio Inicial

- Totalmente Silencioso

Estadio Avanzado

- **Perda de sangue ou corrimento vaginal anormal** (perdas de sangue intermenstruais: corrimento escasso, escuro, aquoso com ou sem cheiro);
- **Dificuldade ou dor ao urinar** (dimensão do tumor; descartar Infecção do tracto urinário);
- **Dor durante a relação sexual** (na menopausa há menor lubrificação);
- **Dor na zona pélvica** (exclusão de dores menstruais – menopausa).



(PHIPPS; SANDS; MAREK, 2003)

Factores de Risco



Múltiplos parceiros sexuais

(historial sexual – risco acrescido de HPV)



Início da actividade sexual precoce

(vida sexual prolongada, favorece o contágio do vírus HPV)



Historial de DST's / Imunidade frágil

(presença de lesões favorece contágio – clamídia, herpes genital/ HIV e uso de drogas elevam risco)

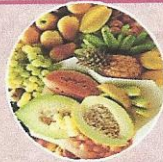
(PHIPPS; SANDS; MAREK, 2003)

Factores de Risco



Hábitos tabágicos

(componente carcinogénico, fumo aumenta o desenvolvimento de cancro)



Défice Nutrição

(compromete o sistema imunitário, o que favorece a ocorrência de determinadas infecções)



Contraceção oral

(uso prolongado de pílula favorece a formação de ectopion, sendo o colo do útero mais frágil)

(PHIPPS; SANDS; MAREK, 2003)

Medidas de Prevenção

Prevenção Primária

Vacinação

Permite criar imunidade no nosso organismo, relativamente à infecção causada pelo HPV.

Prevenção Secundária

Rastreio

Detectar células anormais ou o vírus HPV num estadio inicial.

(CEPCD, 2009)

Medidas de Prevenção - Vacinação



- A vacina do HPV deve ser administrada na adolescência, preferencialmente **antes de iniciar a actividade sexual** (13 anos PNV);
- Até aos 45 anos (comparticipada pela própria);
- Longevidade de protecção – 5 anos;
- Prevenção na maioria das lesões (subtipos de infecção pelo HPV).

(CEPCD, 2009)

Medidas de Prevenção - Rastreio

- Permite detectar as lesões pré-cancerosas;
- Exame gratuito.

- Idades 20-60 anos (nascidas entre 1991-1951);
- Inscritas na Unidade de Saúde Dr. José Domingos Barreiro.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Tratadas ou em tratamento por patologia do Cancro do Colo do útero;
- Histerectomizadas;
- Que não iniciaram a actividade sexual;
- Incapacidade física ou mental que impossibilita a tomada de decisão.

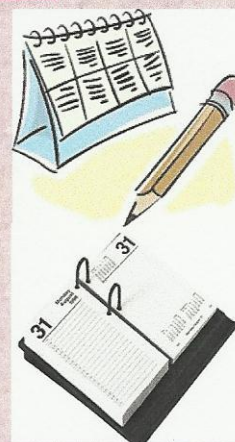
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Medidas de Prevenção - Rastreio

REGULARIDADE depende de critério

clínico

- Exame anual (durante dois anos consecutivos, com resultados **NEGATIVOS**);
- Programa de RCCU aconselha um intervalo de três anos.



O rastreio do cancro do colo do útero proporciona a melhor protecção, se for repetido com regularidade.

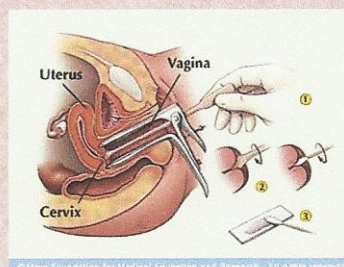
Diagnóstico do CCU

Rastreio

Citologia

Exame Papanicolau

- Introdução do espéculo vaginal, para visualização do colo uterino (alterações morfológicas);
- Recolha de uma amostra de células do colo do útero, “esfregaço”;
- Produto coloca-se num recipiente com liquido;
- Envio do produto ao laboratório IPOLFG.




**NÃO DEVE SER
REALIZADO DURANTE O
CICLO MENSTRUAL**

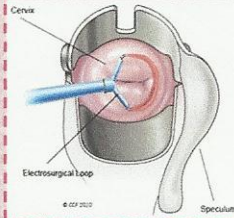
Idade

Tamanho e grau do tumor

Estadio da doença

Tratamento



Conização (remove o colo do útero ou parte do colo em forma de cone – tecido tumoral através de laser/bisturi: anestesia).

Cirurgia (histerectomia: remoção do útero)

Radioterapia/ Quimioterapia

COMPORTAMENTOS A ADOPTAR, DE ACORDO COM O CICLO DE VIDA EM QUE SE ENCONTRA...

**Fase sexual activa;
Fase de Pré-menopausa e/ou menopausa.**

Fase de pré-menopausa/ menopausa

O que poderá vir a sentir...

Secura vaginal
(relações sexuais desagradáveis e dolorosas)

Sintomas psicológicos
(propício a depressão, ansiedade, irritabilidade, variações de humor, insónias)

Irregularidades menstruais

FALTA DE ESTROGÉNIO

Aumento de peso;
Dores ósseas e articulares;
Osteoporose

Sintomas circulatórios
(afrontamentos, calores súbitos, dores de cabeça)

Adquira comportamentos saudáveis...

Viva com saúde

Alimentação equilibrada



Produtos vegetais;
Fibras (feijão, grão);
Alimentos ricos em cálcio;
Hidratação adequada.



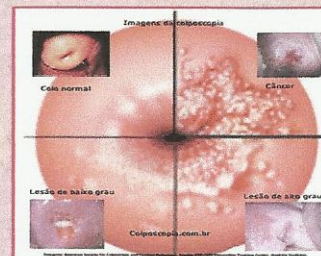
Prática de exercício físico regular;
Abstenção do tabagismo;
Higiene cuidada;
Vigilância de saúde regular.

Produtos calóricos,
açucarados, sal e
caféina



Promove a sua saúde;
Reduz sintomatologia associada a menopausa;
Previne o desenvolvimento do Cancro do Colo do Útero.

O que ficou a saber acerca do Cancro do Colo do Útero?



O que entende por Cancro do Colo do Útero?

Como se transmite?

O que pode causar (factores de risco)?

Que sinais ou sintomas podem alertar a presença do CCU?

Como se previne e diagnostica?

Que comportamentos pode adoptar para prevenir?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, M. (2003) – **ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: Conceitos e Prática Clínica**. 6ªed, Vol. III. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-65-7.

Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero – **Manual de procedimentos**. Santa Casa de Misericórdia de Lisboa (2007)

CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS (2009) - **Resumo das principais publicações 2008**. Estocolmo:

Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. Acedido a 1/7/2011. Disponível em

http://www.ecdc.europa.eu/pt/publications/Publications/0906_COR_Summary_of_Key_Publications_2008.pdf.

<http://www.ine.pt>

<http://www.dgs.pt>

<http://www.ecca.info/pt/cervical-cancer.html>.

<http://abraco.org.pt>.

<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/cancro/cancro.htm>

<http://www.criasaude.com>

<http://www.guiadafamilia.com>

<http://mmspf.msdonline.com.br>

<http://www.abcdasaude.com.br>

<http://www.ipopoporto.min-saude.pt/InfoUtente/hpv.htm>

**Obrigado pela sua
atenção!**



APÊNDICE XI – Folheto Informativo “Cancro do Colo do Útero: Conhecer para prevenir”

Com que regularidade deve fazer o rastreio?

Depende de critério clínico;
Deve ser exame anual, após dois anos consecutivos com resultados negativos, posteriormente um intervalo de três anos.

Quem deve fazer o rastreio?

Mulheres com idades compreendidas entre 20– 60 anos;
Inscritas na Unidade Dr. José Domingos Barreiro.

Quem não pode fazer o rastreio?

Mulheres:

Tratadas ou em fase de tratamento do cancro do colo do útero;
Histerectomizadas (tenham retirado útero);
Que ainda não iniciaram a actividade sexual;
Que possuam incapacidade física e/ou mental.

Um conselho ...adquira comportamentos saudáveis ... viva com saúde

Alimentação equilibrada;
Prática de exercício físico regular (caminhada diária de 30min);
Abstenção do tabaco;
Higiene cuidada;
Vida sexual segura (use métodos de barreira: preservativo);
Vigilância de saúde regular.



FAÇA O RASTREIO COM REGULARIDADE

O exame é rápido, indolor e gratuito
É curável...se diagnosticado precocemente!

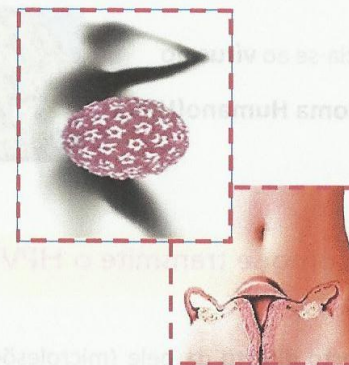
Elaborado por:
Enf.ª Sandra Esteves
II Mestrado em Enfermagem/
Área de especialização em Enfermagem
Comunitária



UNIDADE DR. JOSÉ
DOMINGOS BARREIRO

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

CONHECER PARA PREVENIR



Lisboa, 3 Janeiro de 2012

CANCRO DO COLO ÚTERO

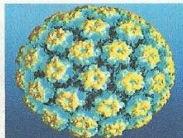
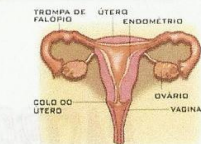
Este cancro desenvolve-se no colo do útero quando há transformação de células normais em células cancerosas;

É o 2º cancro mais comum no sexo feminino a nível mundial;

Constata-se mais nas idades 35—54 anos;

Em Portugal, os dados estatísticos revelam que tem havido 1000 novos casos/ano e uma morte/dia;

Associa-se ao **vírus do Papiloma Humano (HPV)**.

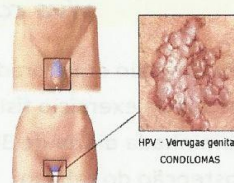


Como se transmite o HPV?

Contacto directo da pele (microlesões), por via genital (contacto sexual).

De que forma se manifesta?

As manifestações clínicas mais comuns na região genital são as verrugas, podendo também surgir noutra zona do corpo.



FASE INICIAL pode ser totalmente Silencioso

FASE AVANÇADA

Perda de sangue ou corrimento vaginal anormal;
Dificuldade ou dor ao urinar;
Dor durante o acto sexual;
Dor na zona pélvica.

Quais são os factores de risco?

Ter múltiplos parceiros sexuais;
Início da actividade sexual precoce;
Historial de doenças sexualmente transmissíveis (HIV, clamídia, entre outras);
Sistema imunitário frágil (poucas defesas);
Hábitos tabágicos;
Défice nutrição (vitamina A, E e C).

Como prevenir a infecção pelo HPV?

Uso de preservativo;

Rastreio (citologia)

Vacinação deve ser administrada a todas as mulheres aos 13 anos de idade, e ainda não tenham iniciado a sua actividade sexual (de preferência).

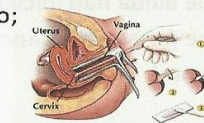


O que é o Rastreio do Cancro do Colo do Útero?

É um teste (citologia) que permite examinar a existência de células atípicas no colo do útero.

Como e quem realiza a citologia?

O médico introduz um espéculo na vagina para visualizar o colo do útero; Através de um pequeno “esfregaço” recolhe amostra de células do colo do útero, colocando-a em meio líquido; Envio do produto ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa.



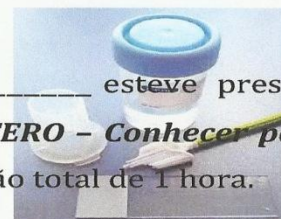
APÊNDICE XII – Diploma de Presença



UNIDADE DE SAÚDE DR. JOSÉ DOMINGOS BARREIRO

DIPLOMA

educativa sob o tema **"CANCRO DO COLO DO ÚTERO – Conhecer para prevenir"**,
que decorreu a 3 de Janeiro de 2012, com a duração total de 1 hora.



Enf.ª Sandra Esteves

II Mestrado em Enfermagem/

Área de especialização em Enfermagem Comunitária



APÊNDICE XIII – Cartaz de divulgação ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero

SANTA
CASA

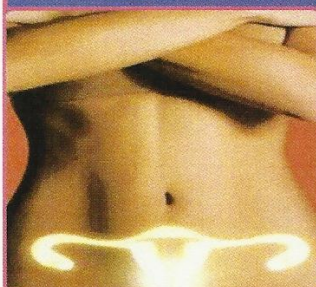
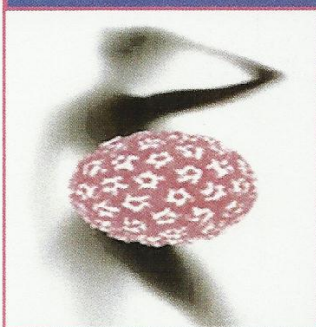
Muito mais do que um lar. Por isso, cuidamos.

UNIDADE DR. JOSÉ DOMINGOS BARREIRO

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

FAÇA O RASTREIO COM REGULARIDADE
O exame é rápido, indolor e gratuito

*É curável...
Se diagnosticado precocemente!*



Venha esclarecer as suas dúvidas...
a equipa de Enfermagem está à sua espera

**Dirija-se à consulta de
Ginecologia**

De 2^a a 6^a feira das 08:30h às 13h

Contacto: 218618600



Enf.^a Sandra Esteves

II Mestrado em Enfermagem/ Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

**SANTA
CASA**

Associação de Enfermeiros Para Boas Causas

UNIDADE DR. JOSÉ DOMINGOS BARREIRO

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

COLHEITA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

MORADA: _____

CONTACTOS:

Telefone (Casa) _____ **Telemóvel** _____

NÚMERO CARTÃO DE SAÚDE (ARS): _____



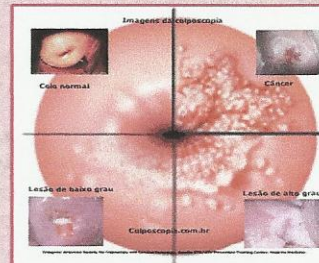
Enf.ª Sandra Esteves

II Curso de Mestrado em Enfermagem/

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

APÊNDICE XV – Questões de avaliação de conhecimentos do antes e após a Sessão Educativa

O que sabe acerca do Cancro do Colo do Útero?



O que entende por Cancro do Colo do Útero?

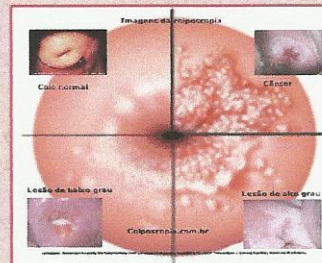
Como se transmite?

O que pode causar (factores de risco)?

***Que sinais ou sintomas podem alertar a
presença do CCU?***

Como se previne e diagnostica?

O que ficou a saber acerca do Cancro do Colo do Útero?



O que entende por Cancro do Colo do Útero?

Como se transmite?

O que pode causar (factores de risco)?

Que sinais ou sintomas podem alertar a presença do CCU?

Como se previne e diagnostica?

Que comportamentos pode adoptar para prevenir?

APÊNDICE XVI – Gráfico de Gantt

ACTIVIDADES (A)	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
A1					
A2					
A3					
A4					
A5					
A6					
A7					
A8					
A9					
A10					
A11					

A1: Distribuição da lista de critérios de inclusão e exclusão ao programa de rastreio do Cancro do Colo do Útero.

A2: Cartaz de divulgação das Sessões Educativas.

A3; A4; A5: Sessões de Educação para a Saúde, sob o tema “Cancro do Colo do Útero – Conhecer para prevenir”; Folheto Informativo “Rastreio do Cancro do Colo do Útero”; Diploma de presença.

A6: Cartaz de Divulgação ao “Rastreio do Cancro do Colo do Útero”.

A7; A8: Convocação da população alvo ao rastreio; agendamento do rastreio do Cancro do Colo do Útero.

A9: Realização dos rastreios.

A10; A11: Consulta do sistema informático *Vitacare*; Comunicação dos resultados.

APÊNDICE XVII - Indicadores de avaliação da atividade “Sessão de Educação para a Saúde”

ACTIVIDADE	OBJECTIVOS	INDICADOR DE AVALIAÇÃO	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
Sessão de Educação para a Saúde (SEPS)	Contribuir para a aquisição de conhecimentos acerca do cancro do colo do útero.	<p>ACTIVIDADE (nº SEPS realizadas/nº SEPS previstas)</p> <p>ADESÃO (nº clientes presentes/nº pessoas convocadas) x 100;</p> <p>PARTICIPAÇÃO (nº clientes intervenientes/nº participantes) x 100.</p>	<p>ACTIVIDADE (3:3) = 1 x 100 100%</p> <p>Adesão (42:70) = 0.6 x 100 60%</p> <p>PARTICIPAÇÃO (30: 42) = 0.71 x100 71%</p>	Objectivo alcançado

APÊNDICE XVIII – Indicadores de avaliação da atividade “Realização do rastreio do Cancro do Colo do Útero”

ACTIVIDADE	OBJECTIVOS	INDICADOR DE AVALIAÇÃO	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	Atingir uma taxa de adesão ao rastreio \geq 80% da população alvo;	<p>ADESÃO</p> <p>(nº clientes aderentes/nº pessoas convocadas);</p>	<p>Adesão</p> <p>$(58:70) = 0.83 \times 100$ 83 %</p>	Objectivo totalmente alcançado
	Garantir o diagnóstico e o tratamento da patologia detectada a 100% da população alvo	<p>RESULTADOS</p> <p>(Não foi possível avaliar por contingência temporal; Resultados obtidos com alterações foram encaminhados ao tratamento).</p>	???	

